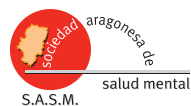


Revista de:



Asociación Castellano Manchega  
de Neuropsiquiatría  
y Salud Mental

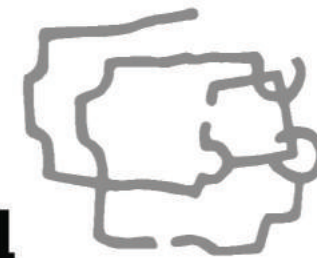
Asociación Extremeña  
de Neuropsiquiatría  
(AExN)



NORTE de salud mental

Volumen XV n° 57 Julio 2017

# NORTE DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XV n° 57 Julio 2017



Autor: Kepa Goikoetxea Iribarren (Goiribar). "La reconstrucción de Guernica". Alegoría manifiesta. 162x130 cm.

Volumen XV



Nº 57

Volumen XIII



Nº 51



Nº 52



Nº 53

Volumen XIV



Nº 54

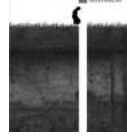


Nº 55



Nº 56

Volumen XI



Nº 45



Nº 46



Nº 47

Volumen XII



Nº 48



Nº 49



Nº 50

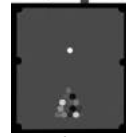
Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42



Nº 43



Nº 44

Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



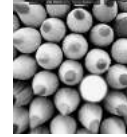
Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

Volumen VII



Nº 27



Nº 28



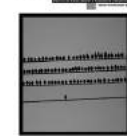
Nº 29



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:

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

### Consejo Asesor y de Redacción:

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

- ✓ Acceso disponible en: [www.revistanorte.es](http://www.revistanorte.es) • Correo-e: [info@revistanorte.es](mailto: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](http://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 (Indice Médico Español)
- MEDicina en ESpañol (MEDES)
- psiquiatría.com
- Psiquiatría Sur
- RCS
- Repositori UJI
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental  
Vol XV nº 57, Julio 2017

<https://ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/>

Realización y Administración:

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

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

Autor de la portada: Kepa Goikoetxea Iribarren

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

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 57. Julio 2017

<b>Editorial</b>	5
• El gran retroceso. <i>Ana-Esther Sánchez.</i>	7
<b>Originales y revisiones</b>	11
• Concordancia entre evaluadores en la detección de factores de riesgo en la salud mental de la inmigración: escala Ulises. <i>Joseba Achotegui, Antonio Solanas, Yara Fajardo, Marta Espinosa, Iván Bonilla, Dori Espeso.</i>	13
• Clozapina y psicoterapia placebo para la esquizofrenia resistente: una fábula científica. <i>José Antonio Inchauspe y Miguel Ángel Valverde.</i>	24
• Necesidad, conveniencia y contenido del proceso de evaluación y asesoramiento psicológico en adolescentes transexuales. <i>Felipe Hurtado Murillo.</i>	35
• Sobre la Negación de la Subjetividad en la “clínica” actual. <i>Soraya González Rábago.</i>	43
• Evaluación cualitativa de la experiencia de participación y empoderamiento en un grupo de usuarios asistentes a un dispositivo de Rehabilitación Psicosocial de la ciudad de Madrid (España). <i>Luis Fernando Muñoz, Mariano Hernández, Carolina Mariño, Ricardo Sánchez.</i>	49
• De la reforma inconclusa a la contrarreforma en Salud Mental en Canarias. <i>Francisco Rodríguez Pulido.</i>	63
<b>Formación Continuada</b>	75
• Sobre el Equipo Terapéutico en Salud Mental. <i>Ander Retolaza.</i>	77
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XXV). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	88
• Trastorno facticio: a propósito de un caso. <i>María Herrera y Carmen Llor.</i>	96
<b>Pre-ocupaciones</b>	101
• Proyecto HASIERA: la construcción del caso en red y la promoción del lazo social en comunidad. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	103
• Posición de la ACN ante la presentación del Plan de Salud Mental en la Comisión Asesora Regional de Salud Mental del Gobierno de Canarias por la Consejería de Sanidad. <i>ACN.</i>	112
• Taller Esperanza: contribución a la formación de proyectos de vida en adolescentes desde la educación emocional. <i>Iván Castillo, Dinorah Janet Torres, Iriam Rojas, Nélida Águila.</i>	116
<b>Historia</b>	125
• Revisión histórica de las teorías psicodinámicas explicativas de los trastornos de ansiedad. <i>Raquel Calles Marbán.</i>	127
<b>Actualizaciones</b>	143
• Arte y salud mental. ¿Existen las terapias artísticas? <i>José Guimón.</i>	145
<b>Agenda</b>	147

# Summary

NORTE de salud mental 57. July 2017

<b>Editorial</b>	5
• El gran retroceso. <i>Ana-Esther Sánchez.</i>	7
<b>Original and reviews articles</b>	11
• Concordance among evaluators in the detection of risk factors in mental health in immigrants. The Ulyses Scale. <i>Joseba Achotegui, Antonio Solanas, Yara Fajardo, Marta Espinosa, Iván Bonilla, Dori Espeso.</i>	13
• Clozapine and placebo psychotherapy for resistant schizophrenia: a scientific fable. <i>José Antonio Inchauspe y Miguel Ángel Valverde.</i>	24
• Necessity, convenience and content of the process of evaluation and psychological counseling in transsexual adolescents. <i>Felipe Hurtado Murillo.</i>	35
• On the discussion of subjectivity in the current “clinic”. <i>Soraya González Rábago.</i>	43
• Qualitative assessment of the experience of participation and empowerment in a group of users attending a Psychosocial Rehabilitation center in the city of Madrid (Spain). <i>Luis Fernando Muñoz, Mariano Hernández, Carolina Mariño, Ricardo Sánchez.</i>	49
• Of the unfinished reform of the Counter-Reformation in Mental Health in the Canary Islands. <i>Francisco Rodríguez Pulido.</i>	63
<b>Continuing Education</b>	75
• About the Therapeutic Team in Mental Health. <i>Ander Retolaza.</i>	77
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (XXV). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	88
• Factual disorder: on the subject of a case. <i>María Herrera y Carmen Llor.</i>	96
<b>Concerns Challenges</b>	101
• HASIERA project: the construction of the case in network and the promotion of the social bond in community. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	103
• Posición de la ACN ante la presentación del Plan de Salud Mental en la Comisión Asesora Regional de Salud Mental del Gobierno de Canarias por la Consejería de Sanidad. <i>ACN.</i>	112
• Contribution to the training of projects of life in teenagers from the emotional education. <i>Iván Castillo, Dinorah Janet Torres, Iriam Rojas, Nélica Águila.</i>	116
<b>History</b>	125
• Historical review of explanatory psychodynamic theories of anxiety disorders. <i>Raquel Calles Marbán.</i>	127
<b>Book reviews</b>	143
• Arte y salud mental. ¿Existen las terapias artísticas? <i>José Guimón.</i>	145
<b>Calendar</b>	147



**EDITORIAL**



## El gran retroceso.

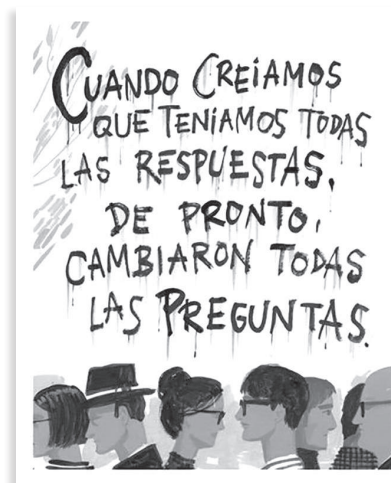
Tomo este título de un libro colectivo de reciente aparición donde distintos pensadores reflexionan sobre la situación y salud de la democracia actual en un debate que intenta buscar estrategias de mejora. Salvando las distancias -todos ellos son pensadores de alto nivel- me recuerda conversaciones, y me remite a lecturas, intercambios y reflexiones con muchos compañeros de la AEN y asociaciones autonómicas sobre la situación actual de la Salud Mental en España. Hasta el tono a veces depresivo.

Salud mental como red asistencial, como sujetos (profesionales y pacientes) patologías, demandas asistenciales y también de los límites de nuestros propios conocimientos y saberes en un contexto histórico y social concreto en que ya nadie se asombra de llamar de violencia neoliberal. Ese contexto global de neocapitalismo globalizado que cual agujero negro cosmológico todo lo engulle y al que nada se le escapa.

Otrora, tengo la sensación de que estábamos más atentos a las aportaciones de los pensadores de otras disciplinas entendíamos e incorporábamos a nuestro discurso y quehacer sus aportaciones. Así se articuló un aparato conceptual sobre lo que entendíamos era la salud mental que posteriores militancias, donde la AEN fue importante en un momento histórico de transición y de consenso social posibilista, llevó a cabo la tan cacareada Reforma psiquiátrica y al desarrollo-implantación de la Red de salud mental comunitaria.

Pero ¿qué queda hoy de eso?, ¿qué es la salud mental comunitaria?, ¿qué es hoy eso de la comunidad?, ¿donde vamos y que intervenciones estamos haciendo?, ¿seguir repitiendo lo “bio-psico-social” como un comodín de concurso cuando no tenemos las respuestas?

Cuando para el XXV el Congreso de la AEN del 2015 se planteó la ponencia de “El componente de Salud Mental en el Hospital General” nuestro



Jordi Labanda, 2015.

servicio participó en la parte de la hospitalización de agudos. Para entonces teníamos una casuística de más de 25 años y quisimos estudiar la evolución de los ingresos de 1987 a 2012. Teníamos la sensación, que confirmamos estudiando diversos parámetros, que los perfiles diagnósticos que atendíamos habían ido cambiando, que los tiempos de atención no eran los mismos y tampoco nuestras intervenciones.

Sin entrar en detalles, el número de ingresos (primeros y reingresos) aumenta progresivamente año a año (a la par que nuestra área sanitaria pierde población aceleradamente año a año), el porcentaje de cuadros psicóticos se mantenía estable, aparecían nuevas patologías (sobre todo ligadas a impulsividad, y/o agitación por tóxicos), la estancia media caía progresivamente (no me duele reconocer que a veces a límites de cuestionarse la posibilidad de un tiempo “terapéutico” o de elaboración), por supuesto las intervenciones variaban, etc., etc. Sin embargo lo más preocupante es que habíamos ido modificando los criterios de ingreso, de lo que éramos más o menos conscientes, por razones ajenas a una indicación clínica. Lo que yo llamo el “*ingreso con Maletín de fin de semana*” o *ingreso a demanda*”.

Personas que llegan directamente (sin indicación ni derivación ninguna ni de APS, ni del centro de salud mental) a urgencias y sin mas demanda que “vengo a ingresar” y donde intentas reformular algo: 1, 2, 3, 4, 5 veces (algunos acuden



varios días sucesivos) hasta que en una guardia, o en un momento determinado ya *lo consiguen*, se indica y por supuesto que quedan ingresados hasta que ellos “deciden” y te piden, el alta voluntaria. Es como una especie de “montaña mágica” financiada por el Sistema de Salud.

Esto me recuerda, que los Servicios de Atención al Paciente, admiten cualquier queja o reclamación, sin filtrar y que los “derechos de los usuarios” están por encima de todo, incluso de *lo más loco*. Esto al nivel 5 de Atención según el modelo de Goldberg y Huxley. El que se suponía de mayor gravedad y con un mayor número de filtros previos. Esto a nivel hospitalario.

Lo que está sucediendo en las consultas ambulatorias de los centros de salud mental es sabido. Se ha publicado y reflexionado mucho, especialmente en el ámbito de la AEN. También otros colectivos, asociaciones profesionales, familiares, lo defienden o atacan según sus intereses puntuales.

- Paradigma biomédico y psicológico reduccionistas.
- Saberes “expertos” para todo y “ad hoc”.
- Mercantilización del malestar, del cuerpo, el sufrimiento, las relaciones, etc. Donde el conjunto de la vida social se abandona al utilitarismo y a las salidas técnicas de gestión del sufrimiento.
- Desanclaje de vínculos relacionales, dificultades de formación de identidades que llevan a la fragilidad del sujeto y la aparición de nuevas formas psicopatológicas.
- Poder, poder, Poder, de la industria farmacéutica.
- Influencia en los “media” y tertulias televisivas de los “psi de salón” sin ninguna referencia a la clínica y en ocasiones ni a la ética que modifiquen y condicionan muchas demandas de asistencia profesional.
- Hipocresía política que nos afecta: del discurso de la “universalidad de la asistencia” a la congelación de recursos, precariedad laboral e intentos de privatización.
- Parcelación entre asistencia a TMS en la red de salud mental y los trastornos *light* en Atención Primaria.

- Reinstitutionalización después de la desinstitutionalización, sobre todo en residencias privadas.

En fin, no sigo porque parecería un vía crucis melancólico. Y los que estamos en la AEN (no por casualidad) compartimos, más o menos... Aunque, sea dicho de paso, apropiándome de palabras de Fernando Colina, prefiero moverme en el eje melancólico que el paranoico. Al menos desde la melancolía se reconoce al Otro y se avanza.

Visto todo esto, podría resumirse en que “*Algo no va bien*”.

Pero, ¿qué hacer, qué salidas tenemos, por donde ir?

Desde luego, no hay soluciones para “ya mismo”, ni tenemos certezas de qué camino seguir, pero habrá que empezar a imaginar en algunos cambios y plantearse nuevas preguntas. ¿Resistir juntos, como se planteaba en una editorial antigua allá por 2011 de la *Revista AEN*? No parece suficiente.

¿Dejarse llevar por la marea de esta dinámica y lógica consensual? Se llevara todo por delante. Es el derrumbe anunciado

¿Gritar el *Rey esta Desnudo* y romper la baraja? ¿Volver a la militancia heroica de la psiquiatría comunitaria? Ya se hizo y vemos como estamos ahora con parte del discurso vacío de contenidos. Pero en algo hay que poner el deseo e intentar continuar manteniéndolo, encontrar esperanza y mantenerla.

El espacio de la AEN/Profesionales de Salud Mental, el espacio de las asociaciones autonómicas, ha sido y son un espacio de reflexión conceptual, de acción y de elaboración de estrategias. Aprovechémoslo y potenciémoslo. También se me ocurre, que si cualquier disciplina, nuestra profesión, vienen definidas por un Saber, un Saber-Hacer y una Ética, estos son los aspectos donde deberíamos profundizar y podemos trabajar.

- Respecto a lo primero, tenemos que recuperar de nuevo lo interdisciplinar en la producción de conocimiento y en la elaboración conceptual. Desde ninguna disciplina podemos dar cuenta de la complejidad de lo que sucede al sujeto y a la salud mental de los individuos. Necesita-

mos de la transdisciplinaridad, que va más allá de lo multidisciplinar, lo articula y permita un nuevo discurso conceptual, constituyente, que nos rehabilite. Es una operación conceptual y operativa mas compleja que lleve a modelos teóricos y prácticas de intervención.

- En el Saber-Hacer y nuestro Quehacer diario tendremos que plantearnos y aplicar las herramientas y habilidades y prácticas que sirvan a nuestras tareas. Revindicar también que además de las técnicas necesarias nuestro quehacer sigue teniendo mucho de artesanal y que la relación con el sujeto (y no con el caso, ni el diagnostico) es nuestro *instrumento tecnológico* mas importante.
- En la última editorial de la *Revista AEN* de este año (nº 131), José Leal reivindicaba la Ética de la Ignorancia, frente a los saberes cerrados y gremiales parcelados. Es imprescindible una ética de la solidaridad y un enfoque de los derechos humanos en toda nuestra práctica.

Dicho todo esto así, puede parecer o puede quedarse en un discurso mas, hueco de contenido si no se ponen en marcha estrategias de acción que superen el cortoplacismo donde a veces “desesperados” nos movemos.

Hace años, la revista “*Psichiatria di Comunità*” planteaba un Decálogo de Acciones, que en aquel momento eran para evitar la desmotivación profesional, Algo similar podíamos establecer a nivel asociativo y ayudarnos a salir de esta situación de impasse y melancolía.

Podrían ir desde el establecimiento de un seminario abierto multidisciplinar de que es hoy la comunidad y lo comunitario, crear un debate de cómo contextualizar hoy lo bio-pico-social, potenciar y redefinir la escuela de Salud Mental como lugar de producción (no solo de acreditación) de conocimientos, reagrupar ciertas asociaciones autonómicas vecinas y pequeñas en acciones que multipliquen y sumen los esfuerzos, retomar-reformular las relaciones con otros agentes sociales, etc.

¿Alguien ofrece más? Al final, espacios de pensamiento, debate junto con estrategias de acción. Por cierto, retomo y modifico para el tema el subtítulo de libro “*Por un debate sobre el reto urgente de reconducir el rumbo de la psiquiatría comunitaria*”.

Ana-Esther Sánchez  
Psiquiatra  
Oviedo, junio 2017





# ORIGINALES Y REVISIONES



# Concordancia entre evaluadores en la detección de factores de riesgo en la salud mental de la inmigración: Escala Ulises.

## *Concordance among evaluators in the detection of risk factors in mental health in immigrants. The Ulyses Scale.*

Joseba Achotegui<sup>1</sup>, Antonio Solanas<sup>2</sup>, Yara Fajardo<sup>3</sup>, Marta Espinosa<sup>3</sup>, Iván Bonilla<sup>3</sup>, Dori Espeso<sup>4</sup>

1. Departamento de Psicología Clínica, Universitat de Barcelona.
2. Departamento de Psicología Social y Psicología Cuantitativa, Universitat de Barcelona.
3. Universitat de Barcelona.
4. IAS de Girona y SAPPiR de Barcelona.

**Resumen:** El artículo describe la Escala Ulises, que hace posible estructurar y medir la compleja información clínica y psicosocial sobre el estrés y el duelo migratorio, por lo que es de gran interés para el trabajo sanitario, asistencial y de investigación. Esta escala puede ser utilizada en los diferentes sectores profesionales que atienden a los inmigrantes, no tan solo por los servicios de salud, sino también por servicios sociales y educativos. Se presentan en el artículo las características de la escala y el estudio sobre la fiabilidad entre observadores. Los resultados permiten sustentar que la fiabilidad entre evaluadores es suficientemente elevada.

**Palabras clave:** Escala Ulises, duelo migratorio, salud mental.

**Abstract:** This article describes the Ulysses scale, which makes possible to structure and to measure complex clinical and psychosocial information related to stress and migratory mourning and, as a consequence, it is useful in social services/work and research. The scale can be used in those professional fields in which immigrants are attended, not only in health services, but also in others such as social services, education services, etc. In the article, the characteristics of the scale and the analysis of concordance among raters are presented. The results support that the reliability among raters is high enough.

**Key words:** Ulysses scale, migratory mourning, mental health.

Este artículo tiene dos partes. En la primera parte se presenta una escala de evaluación de los factores de riesgo en la salud mental de los

inmigrantes. En la segunda parte se estudia y se muestra la fiabilidad de la escala descrita.



## Parte I. Descripción de la escala de evaluación de los factores de riesgo en salud mental en la migración (Escala Ulises)

La escala que se presenta en este artículo, la escala de evaluación de los factores de riesgo en salud mental en la migración (Escala Ulises, Achotegui 2010) surge de la gran demanda existente, en el área de la atención sanitaria y psicosocial, de instrumentos de evaluación validados del estrés y el duelo migratorio ante la creciente dificultad de los procesos migratorios.

La Escala Ulises fue desarrollada con el objetivo principal de proporcionar criterios de evaluación de los factores de riesgo y posibilitar la comparación entre las medidas realizadas por los diferentes profesionales del ámbito de la salud mental de la migración, para facilitar un sistema de medición consensuado y objetivable.

El relato, la narrativa que nos trae el inmigrante posee un extraordinario valor fenomenológico y antropológico, pero en el trabajo asistencial es muy importante asimismo tratar de estructurar y operativizar la información que poseemos de modo que resulte comparable con la obtenida por otros profesionales.

La escala surge fundamentalmente ante las nuevas migraciones en situación extrema del siglo XXI. La migración en estas condiciones límite se convierte en un elemento muy importante, incluso determinante, en la biografía del sujeto por la tensión psicológica que provoca, hasta el punto de que constituye un factor de riesgo relevante para la salud mental. Si bien resulta de interés el análisis del estrés y el duelo en todas las migraciones, lo es aún más en contextos de migración en condiciones extremas como las que estamos viendo en los últimos tiempos. Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. (Kareen J, Littlewood R. 1992. Arango, J. 2002, Lewis-Fernandez R, Hinton DE, Laria AJ, Patterson EH, Hoffman SG, Craske MG 2010).

La escala surge en la estela de las investigaciones realizadas sobre el estrés y el duelo en los

inmigrantes (Lewis-Fernandez R, Guarnaccia PJ, Martinez IE, et al 2002, Kirmayer L, Young A, Hayton B. 1995, Chapman L, Kertz S, Zurlage M, Woodruff-Borden J. A 2008).

La Escala Ulises permite estructurar la información clínica y psicosocial vinculada a la migración, posibilitando un mejor servicio asistencial, además de facilitar y objetivar la información que disponen los distintos profesionales. Desde un punto de su aplicación, cabe destacar que la mencionada escala puede ser utilizada en servicios sanitarios, sociales, educativos, etc., es decir, en aquellos ámbitos donde más se detectan las necesidades de las personas emigradas.

Es importante hacer referencia a que el modelo teórico que subyace a la Escala Ulises se sustenta en estudios e investigaciones previas sobre la vulnerabilidad y los estresores en la migración (Achotegui. J. 2002, Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. 1987, Mendoza R, Smith MW. 2000, Alonso M, Val E, Rapaport MH. 1997).

### 1. Objetivos de la escala

Los objetivos de la escala son proporcionar los criterios de evaluación de los factores de riesgo en salud mental en la migración que permitan establecer la comparación de la situación de riesgo de los usuarios que son atendidos en los servicios sanitarios y asistenciales y proporcionar, a partir de la evaluación efectuada, criterios consensuados y objetivables sobre cómo distribuir los recursos asistenciales (habitualmente escasos) de modo equitativo y evitar así el riesgo de intervenciones basadas en intuiciones, corazonadas etc. La escala nos permite delimitar las áreas en las que existen factores de riesgo y en las que se ha de intervenir para poder permitir el “olvidarnos” de las áreas que ya funcionan, optimizando los recursos asistenciales en los problemas reales del demandante. En nuestra experiencia pensamos que no siempre se focaliza adecuadamente la intervención, con el derroche de recursos que esto supone (y la disminución de recursos para la intervención en los aspectos realmente necesarios). Consideramos que tan importante es saber dónde se ha de intervenir como conocer dónde no es necesario intervenir porque no hay problema y se deje esa área libre de intervención psicosocial (no se trata de

meterse en cómo cada cual vive su vida, en este caso en cómo vive la migración).

## 2. Elementos de la escala vulnerabilidad estresores aplicada a la migración

La escala que vamos a presentar se basa en tres grandes pilares:

- A. En primer lugar los tipos de situaciones de estrés o de duelo que se dan en la migración: los siete duelos de la migración.
- B. En segundo lugar la valoración de la intensidad con la que se vivencian esos duelos.
- C. Y en tercer lugar la valoración de los factores que modulan esos duelos y que son la vulnerabilidad y los estresores.

- A. Delimitación de los tipos de duelos.  
El duelo migratorio es un duelo múltiple

El duelo migratorio es un duelo por muchos aspectos. Es un duelo múltiple. Posiblemente ninguna otra situación de la vida de una persona, incluso la pérdida de un ser querido, supone tantos cambios en la vida de una persona como la migración. Todo lo que hay alrededor de la persona cambia, tanto más, cuanto más lejana y distante culturalmente sea la migración.

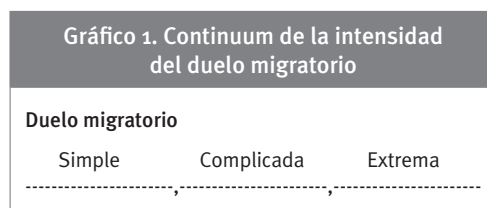
Tal como señala Achotegui (1999) habría 7 duelos en la migración: la familia y los seres queridos, la lengua, la cultura, la tierra (entendida como los paisajes, la luminosidad, la temperatura, etc.) el estatus social (el acceso a oportunidades, los papeles, la vivienda, la sanidad), el contacto con el grupo de pertenencia (en relación a los prejuicios, xenofobia, racismo, etc.) y los riesgos para la integridad física, como el riesgo de sufrir accidentes laborales por trabajos peligrosos, malos tratos y miedo a ser expulsados, etc.

- B. Valoración de la intensidad con la que se dan estos duelos

Se considera tal como señala (Achotegui 2005) que habría tres intensidades en el duelo migratorio: el duelo simple, que es el vivido en buenas condiciones y que puede ser elaborado, el duelo complicado cuando hay dificultades relevantes pero que pueden ser elaboradas y el duelo ex-

tremo cuando no es posible la elaboración y se entra en una situación de crisis.

Tal como se ve en el Gráfico 1 podemos establecer un continuum entre los tres tipos de dificultades en la elaboración del duelo migratorio.



- C. Factores moduladores de la elaboración del duelo migratorio: vulnerabilidad y estresores

En relación a los elementos moduladores del duelo migratorio, la elaboración de los duelos se halla influenciada por dos factores relevantes: la vulnerabilidad y los estresores.

- C. 1. La vulnerabilidad

La *vulnerabilidad* sería el conjunto de las limitaciones físicas y psicológicas que constituyen un factor de riesgo para la salud mental (Lazarus R. 2000, López-Cabanas M, Chacón F. 1999).

Sin saber de qué sujeto en concreto estamos hablando no se puede establecer una valoración del riesgo que corre su salud mental al emigrar. Y no hay dos personas iguales. Es pues básico establecer criterios de delimitación de todos los aspectos que pueden incrementar que el sujeto tenga dificultades en la migración.

Entenderíamos por vulnerabilidad en relación a la migración el conjunto de las limitaciones, hándicaps, que posee un sujeto cuando emigra y que constituyen un factor de riesgo para su salud mental. La vulnerabilidad sería en relación a la elaboración del duelo migratorio, el “bagage” de limitaciones con las que la persona deja su casa, “cierra la puerta” y marcha, inicia la migración.

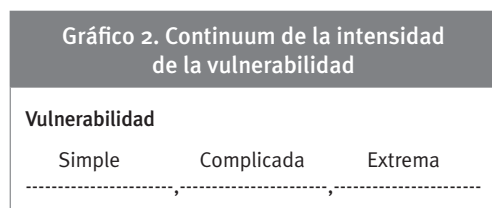
Consideramos que esta vulnerabilidad ha de ser evaluada de modo independiente en cada uno de los 7 duelos. Es decir no se valora la vulnerabilidad general, sino la vulnerabilidad específica para cada duelo independientemente.

Tal como señalaremos más detenidamente en el apartado de los indicadores de la vulnerabilidad, esta se basa en las limitaciones físicas, psicológicas, la edad y la historia personal. Así por ejemplo, la vulnerabilidad en relación al duelo por la lengua valora las dificultades que tiene un inmigrante en el momento de la emigración para poder ser competente en la lengua del país de acogida, como por ejemplo si es sordo o disléxico.

#### Tipos de vulnerabilidad

Al igual que la intensidad del duelo, se valora como un espacio, un área dentro de un continuum. Así consideraríamos que habría 3 niveles de intensidad en la vulnerabilidad:

- Simple: limitaciones leves del sujeto (nadie es perfecto), que son compatibles con la elaboración del duelo migratorio: por ejemplo, el sujeto es algo tímido.
- Complicada: limitaciones relevantes del sujeto pero que con esfuerzo pueden permitir la elaboración del duelo migratorio: es diabético, tiene una personalidad dependiente.
- Extrema: limitaciones muy graves que impiden la elaboración del duelo migratorio: psicosis, graves discapacidades, demencia.



Tal como se señala en el esquema es una dimensión es decir hay espacio para recoger diferentes situaciones dentro de la gama de lo simple, complicado y extremo.

Para evaluar la vulnerabilidad de los inmigrantes, se utilizan los denominados *indicadores de vulnerabilidad* (tal como veremos en el apartado 39. En los indicadores se ha de valorar la intensidad, la frecuencia y la duración del ítem. Los indicadores de vulnerabilidad se basan en las limitaciones físicas o psicológicas (por ejemplo, sufrir depresión), la historia personal (por ejemplo, es importante saber si ha vivido acontecimientos traumáticos) y

la edad, ya que emigrar con más de 65 años incrementa las limitaciones de adaptación.

#### C.2. Los estresores

Los estresores que se evalúan en la escala los definimos como todas aquellas dificultades externas que ha vivido el inmigrante en los 6 últimos meses anteriores a la exploración que realizamos y que consideramos que constituyen un factor de riesgo con respecto a su salud mental. Son los obstáculos con los que se encuentra el inmigrante, las barreras, las discriminaciones, el no acceso a oportunidades, la ausencia de recursos, las adversidades, etc. los elementos externos a él que le afectan en la elaboración del duelo migratorio. Estos planteamientos sobre los estresores se basan en los trabajos de Seligman, M. E. P. 1975, y Sendi, C. 2001.

Al igual que en relación a la vulnerabilidad, los estresores han de ser evaluados de modo independiente en cada uno de los siete duelos. En cada estresor también se valora la intensidad, la frecuencia y la duración. De nuevo, se suponen tres tipos de estresores: simples, complicados y extremos. Los estresores simples se refieren a los obstáculos naturales que se encuentran en todas las migraciones, como, por ejemplo, la nueva lengua. Los estresores complicados son, por ejemplo, que al sujeto le sea complicado acceder a los cursos de aprendizaje. Por último, los estresores extremos son, por ejemplo, la imposibilidad de trabajar legalmente.

#### Tipos de estresores

- Simples: dificultades leves del medio que no impiden la elaboración del duelo migratorio. En toda migración se han afrontar obstáculos (no se acostumbra a recibir a los inmigrantes con una alfombra roja en la frontera). Todo inmigrante sabe que no le van a regalar nada, que habrá de trabajar duro, que se hallará ante una lengua diferente, que habrá diferencias de comida, clima, mentalidad... mientras no tenga obstáculos externos añadidos a los obstáculos naturales para adaptarse, lo consideraremos como estresores simples.
- Complicados: dificultades relevantes del medio pero que con esfuerzo pueden permitir la elaboración del duelo migratorio. Son obstáculos



#### 4. Gráfico de la escala

Gráfico 4			
	Vulnerabilidad		Estresores
Duelo por la familia	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por la lengua	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por la cultura	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por la tierra	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por el estatus social	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por el grupo de pertenencia	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos
Duelo por los riesgos físicos	Simple		Simples
	Complicada		Complicados
	Extrema		Extremos

Recuento			
	Simples	Complicados	Extremos
Vulnerabilidad			
Estresores			
Duelos			

Observaciones	
Factores protectores	
Factores culturales	
Factores agravantes	
Factores subjetivos	
Otros factores	
Comentarios generales	

Nota: Todas las referencias a los indicadores de la escala pueden encontrarse en el libro Achotegui J. 2010 “Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgo en la migración. Aplicación al estrés y el duelo migratorio. Escala Uli-ses”. Ediciones El Mundo de la mente. Girona. Web [www.edicioneselmundodementemente.com](http://www.edicioneselmundodementemente.com)

## Parte II. Estudio de fiabilidad de la escala de evaluación de factores de riesgo en salud mental en la migración (Escala Ulises)

Respecto a la Escala Ulises existen diferentes aspectos que no han sido estudiados con anterioridad, como puede ser la fiabilidad existente entre los juicios de diferentes evaluadores. Así, el objetivo principal de este estudio aplicado es, a partir de una muestra procedente de diferentes centros asistenciales.

- Hospital de Sant Pere Claver,
- Hospital del Mar de Barcelona,
- Cap de Drassanes

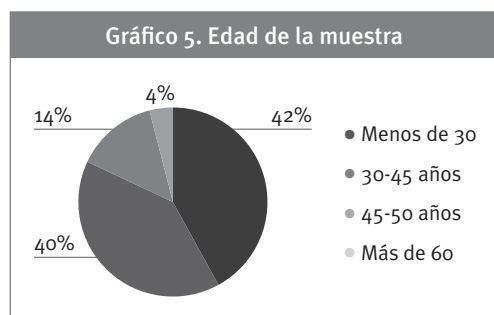
Realizar un análisis estadístico para determinar el grado de concordancia entre dos jueces independientes, además de analizar si hay relación entre la vulnerabilidad y los estresores.

### 5. Método

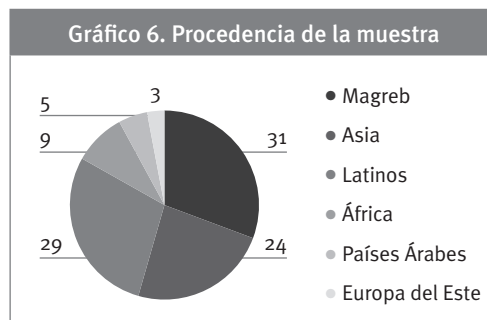
#### Participantes

Participaron en el estudio 101 personas cuales 60 eran hombres y 41 mujeres, procedentes de diferentes centros y que fueron estudiados en el Hospital de Sant Pere Claver. Un criterio de inclusión fue que los participantes llevaran, al menos, 6 meses en el país de acogida, en este caso España. Los participantes fueron finalmente seleccionados porque se consideró que eran los que reflejaban mejor la realidad de la migración en el momento actual.

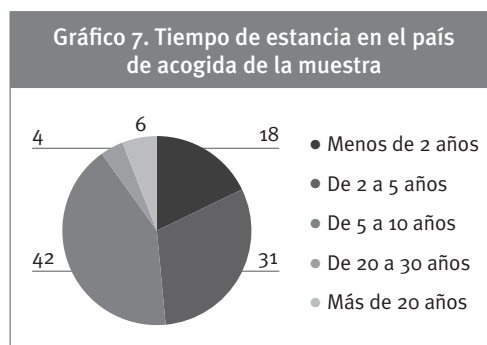
En relación a la edad de los casos estudiados, podemos ver que predominan los menores de 30 años, seguidos de los de 30-45 años.



La totalidad de los participantes que componen la muestra son inmigrantes provenientes de todo el mundo, con predominio de los latinoamericanos y asiáticos



Finalmente, en relación al tiempo de estancia en Catalunya podemos ver que predominan los que llevan entre 5 y 10 años.



### 6. Instrumentos

Se utilizó la Escala Ulises (Achotegui J. 2010), que no se fundamenta en respuestas binarias (i.e., sí o no) o cuantitativas, sino que se requiere de información graduada, o sea, ordinal, que debe ser valorada por los profesionales a fin de realizar una evaluación. Se trata de efectuar una valoración cualitativa de la realidad del inmigrante. Más específicamente, los objetivos de la escala son, por una parte, proporcionar los criterios de evaluación de los factores de riesgo en salud mental en la migración con la finalidad de comparar la situación de riesgo de los usuarios atendidos en los servicios asistenciales; por otra, facilitar, a partir de la evaluación efectuada, criterios consensuados y objetivables sobre cómo distribuir los recursos asistenciales de

modo equitativo y definir las áreas en las que existen factores de riesgo y en las que se debe intervenir.

La escala tiene una función esencialmente de *screening* (i. e., exploración rápida) para valorar la situación psicosocial de los inmigrantes. Por tanto, se trata de detectar, en una primera evaluación, la posible existencia y, en su caso, la intensidad de los factores de riesgo del inmigrante desde la perspectiva de la salud mental.

En la Escala Ulises se incluye un apartado de observaciones, dado que la escala, al igual que todo instrumento científico, es limitada y no puede evaluar todos los elementos que se viven en la migración, los aspectos más destacados que no se valoran en la escala se recogen como observaciones en un apartado anexo que se halla situado al final de la hoja de evaluación de la escala. Esta sección se subdivide en los siguientes factores: factores protectores, factores culturales, factores agravantes, factores subjetivos y otros factores. La valoración que la persona realiza acerca de la importancia de las situaciones que vive es muy relevante y por este motivo queda recogido en este apartado.

## 7. Procedimiento

La escala se administró a los participantes en el Hospital de Sant Pere Claver. Los responsables de administrar la escala a los participantes fueron un psiquiatra y una psicóloga, escogidos por su amplia experiencia en el conocimiento de la salud mental de los inmigrantes y en la utilización de la escala para aplicar correctamente el instrumento y minimizar los sesgos que podrían introducirse como consecuencia de variaciones en las condiciones de medida.

Los investigadores aplicaron la escala tras la evaluación clínica de los inmigrantes analizando los datos referentes a los siete duelos de la migración.

El procedimiento seguido se dividió en dos partes. La primera parte consistió en la recogida de información sobre los participantes mediante una anamnesis, necesaria para la posterior aplicación de la escala. La segunda parte, donde se realizó la administración de la Escala Ulises,

se dedicó a la recogida de información desde la perspectiva de los siete duelos, evaluando la vulnerabilidad y los estresores de cada duelo junto con la intensidad (i. e., *simple, complicada y extrema*) correspondiente.

## 8. Análisis estadístico

En cuanto al análisis estadístico, la concordancia entre ambos evaluadores de los riesgos de los participantes mediante la Escala Ulises se calculó mediante el coeficiente *K* de Cohen, utilizándose el paquete estadístico *SPSS versión 21*.

## 9. Resultados

Tal y como puede observarse en la Tabla 1, los valores obtenidos para la *K* de Cohen en el caso de la vulnerabilidad son elevados, pues todos ellos proporcionan valores de concordancia entre observadores iguales a 1, excepto en el caso de la *Familia*, que es ligeramente inferior, pero muy próximo a 1. Los resultados nos permiten concluir que en el caso de la vulnerabilidad la concordancia entre jueces es prácticamente máxima, con niveles de significación estadística menores a 0,001.

Tabla 1. En la tabla se facilitan los valores correspondientes a la *K* de Cohen para cuantificar la magnitud de acuerdo entre los jueces para los indicadores de vulnerabilidad.

Tabla 1. Magnitud de acuerdo entre los jueces para los indicadores de vulnerabilidad		
	Coficiente Kappa	Valor <i>p</i>
Familia	0,984	< 0,001
Lengua	1,000	< 0,001
Cultura	1,000	< 0,001
Tierra	1,000	< 0,001
Estatus	1,000	< 0,001
Pertenencia	1,000	< 0,001
Riesgos	1,000	< 0,001

En el caso de los estresores, puede notarse en la Tabla 2 que en todas las escalas se han obtenido valores de concordancia elevados entre observa-

dores. En la mayoría de los casos, el valor de la *K* de Cohen es igual a 1, salvo en las escalas de *Familia* y *Riesgos*, donde sus valores son ligeramente inferiores, pero siguen siendo muy elevados. Estos resultados nos permiten concluir que, en el caso de los estresores, también se obtiene una más que notable concordancia entre jueces, con niveles de significación estadística menores a 0,001.

Tabla 2. En la tabla se facilitan los valores correspondientes a la *K* de Cohen para cuantificar la magnitud de acuerdo entre los jueces para los indicadores de los estresores.

	Coefficiente Kappa	Valor p
Familia	0,955	< 0,001
Lengua	1,000	< 0,001
Cultura	1,000	< 0,001
Tierra	1,000	< 0,001
Estatus	1,000	< 0,001
Pertenencia	1,000	< 0,001
Riesgos	0,974	< 0,001

A partir de los análisis de la concordancia entre ambos jueces realizados para la vulnerabilidad y los estresores, se deriva el muy notable acuerdo

entre las evaluaciones que facilitaron ambos jueces para el total de los participantes. Fundamentado en los elevados niveles de concordancia, fue posible agregar las evaluaciones de ambos jueces y, así, determinar, de forma conjunta, qué grado de concordancia existía entre vulnerabilidades y estresores de un mismo tipo. Además, también se obtuvo la concordancia entre las puntuaciones asignados a los diferentes duelos de forma cruzada. En la Tabla 3 se muestran los resultados correspondientes a los valores del coeficiente *K* de Cohen, apreciándose que los resultados son dispares si se analizan vulnerabilidades y estresores de un mismo tipo. Por una parte, se han obtenido resultados con valores altos para el coeficiente *K* en los siguientes análisis estadísticos: *Tierra* ( $K = 1; p < 0,001$ ), *Lengua* ( $K = 0,98; p < 0,001$ ), *Pertenencia* ( $K = 0,97; p < 0,001$ ) y *Cultura* ( $K = 0,97; p < 0,001$ ). Por otra parte, *Riesgos* ( $K = 0,21; p < 0,01$ ) también ha resultado un valor estadísticamente significativo, pero con una intensidad de concordancia aceptable, según los criterios propuestos por Landis y Koch (1977). Finalmente, según los mismos criterios, para las escalas *Familia* ( $K = 0,048$ ) y *Estatus* (0,004) se ha obtenido una muy baja intensidad de concordancia e, incluso, no muestran significación estadística.

Tabla 3. En la tabla se facilitan los valores correspondientes a la *K* de Cohen para cuantificar la magnitud de la concordancia para los indicadores de la vulnerabilidad y de los estresores.

Vulnerabilidad	Estresores						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Familia	0,048	0,026	0,011	0,000	-0,101	0,000	-0,008
2. Lengua		0,980***	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
3. Cultura			0,970***	0,000	0,000	0,000	0,000
4. Tierra				1,000***	0,000	0,000	0,000
5. Estatus					0,004	-0,012	-0,035
6. Pertenencia						0,970***	0,000
7. Riesgos							0,210**

\*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$



## 10. Conclusiones

En cuanto al objetivo principal del presente estudio, los resultados permiten concluir que el acuerdo entre ambos jueces es muy elevado al evaluar el grado en que cada uno de los duelos (i. e., familia, lengua, cultura, tierra, estatus, pertenencia y riesgos) está presente en los inmigrantes, ya sea en cuanto a vulnerabilidades como a estresores. Por tanto, los resultados obtenidos permiten sustentar que la Escala Ulises posee fiabilidad entre evaluadores. Sin duda, el notable nivel de concordancia entre los evaluadores se explica por el hecho de que la Escala Ulises es una medida graduada u ordinal de tres grados (i. e., *simple*, *complicada* o *extrema*).

Una vez fue verificado que la fiabilidad entre ambos evaluadores era muy elevada y poder así agregar los resultados, se analizó la concordancia entre vulnerabilidad y estresores para cada uno de los siete duelos. Salvo para *Familia* y *Estatus*, existe concordancia, especialmente relevante en *Lengua*, *Cultura*, *Tierra* y *Pertenencia*, para el resto de duelos al analizar conjuntamente vulnerabilidades y estresores. Con mayor o menos intensidad, era esperable que existiera concordancia entre vulnerabilidades y estresores, como mayoritariamente se halló en el presente estudio, pues si se detectan debilidades en unos determinados duelos, es esperable que se identifiquen factores de estrés relacionados a los mismos y vividos por parte de los inmigrantes en los últimos seis meses. En cuanto a la ausencia de concordancia respecto a la *Familia*, pudiera explicarse por la inexistencia de una interacción directa que acreciente la vulnerabilidad, mientras que es más difícil explicar por qué no se halló concordancia para *Estatus*, pues, sin duda, los inmigrantes se encuentran en un entorno donde las incertidumbres sobre su situación legal, residencia estable, etc. están presentes y deberían mostrar concordancia las vulnerabilidades y los estresores.

En lo referente al análisis cruzado entre vulnerabilidades y estresores, los resultados se corresponden con los esperados. Es decir, si la vulnerabilidad de un inmigrante se localiza en determinados duelos, no es esperable que exista concordancia con las puntuaciones que se le asignan en los estresores que no están relacionados con esos duelos.

Existen limitaciones para los resultados hallados en el presente estudio. En primer lugar, la concordancia en la evaluación debe verificarse para una mayor cantidad de jueces, pues, obviamente, los resultados presentados en el presente estudio pueden estar explicados por hechos muy concretos, como que ambos evaluadores estaban extremadamente familiarizados con la Escala Ulises. En segundo, el mismo estudio debería llevarse a cabo en otros países, donde, quizás, no exista un choque cultural tan elevado entre los países de origen y de acogida de los emigrantes. En otros términos, quizás la Escala Ulises solo facilite la concordancia entre evaluadores cuando las diferencias son notables, pero no sea tan evidente el acuerdo en la evaluación si se deben diferenciar detalles menos evidentes.

Finalmente, se indican algunas posibles investigaciones que pueden realizarse sobre la temática en un futuro. En primer lugar, desprendiéndose de las limitaciones, un estudio que abarque una mayor cantidad de jueces sería de interés a fin de replicar, si es el caso, los resultados del presente estudio. En segundo, un estudio sobre la fiabilidad y la validez de la escala de Ulises aportaría evidencias sobre la adecuación de las medidas obtenidas mediante la mencionada escala. Finalmente, desde un punto de vista más sustantivo, sería conveniente conocer los perfiles de los emigrantes que cursan con una mayor intensidad o, si se prefiere, con una menor fuerza los diferentes duelos que se miden por medio de la Escala Ulises.

### Contacto

Joseba Achotegui • jachoteguil@gmail.com

SAPPIR. Hospital de Sant Pere Claver, Vila i Vilá 16-4<sup>º</sup> • Barcelona 08004

## 11. Referencias

- Achotegui, J 1999. Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En Medicina y cultura. E. Perdiguero y J.M. Comelles (comp). Pag 88-100. Editorial Bellaterra. Barcelona 1999.
- Achotegui, J. 2002. Trastornos afectivos en los inmigrantes: la influencia de los factores culturales. Suplemento Temas candentes. Jano. Barcelona.
- Achotegui J. 2010 “Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgo en la migración. Aplicación al estrés y el duelo migratorio. Escala Ulises”. Ediciones El Mundo de la mente. Llançá. (Versión inglesa de 2012 traducida por la Universidad de Berkeley).
- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En E. Perdiguero y J. M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 88–100). Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- Achotegui, J. (2009). *Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgo en la migración. Aplicación al estrés y el duelo migratorio. Escala Ulises*. Llança: Ediciones El Mundo de la mente.
- Alonso M, Val E, Rapaport MH. An open-label study of SRRI treatment in depressed Hispanic and non-Hispanic women. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 31.
- Arango, J. 2002. La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. Un intento de caracterización. En “La inmigración en España: contextos y alternativas. Volumen II. Editado por García Castaño F.J, Muriel López C. Granada. Laboratorio de estudios interculturales.
- Chapman L, Kertz S, ZurlageM, Woodruff-Borden J. A confirmatory factor analysis of specific phobia domains in African merican and Caucasian American young adults. *J AnxietyDis* 2008;22:763–771.
- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Dimensions of neurosis seen in primaryca-resettings. *PsycholMed* 1987; 17: 461-71.
- Kareem J, Littlewood R. 1992. Intercultural Therapy. Blackell Science. Oxford.
- Kirmayer L, Young A, Hayton B. The cultural context of anxietydisorders.*PsychiatricClin N Am* 1995;18:503–521.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33,159–174.
- Lewis-Fernandez R, Hinton DE, Laria AJ, Patterson EH, Hoffman SG, Craske MG et al. Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety* 2010;27:212-29.
- Lewis-Fernandez R, Guarnaccia PJ, Martinez IE, et al. Comparative phenomenology of ataques de nervios, panic attacks, and panic disorder. *Cult Med Psychiatry* 2002;26:199–223.
- Lazarus R. 2000. Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Desclée de Bouver. Bilbao.
- López-Cabanas M, Chacón F. 1999. Intervención psicosocial y servicios sociales. Síntesis psicología. Madrid.
- Mendoza R, Smith MW. The Hispanic response to psychotropic medications. En: Ruiz P (ed). *Ethnicity and psychopharmacology. Review of Psychiatry* 19. Washington: American Psychiatric Press, 2000; pp. 59-90.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W.H. Freeman. ISBN 0-7167-0752-7 (Reimpresión, W.H. Freeman, 1992, ISBN 0-7167-2328-X.
- Sendi, C. 2001. Estrés, memoria y trastornos asociados. Ariel. Madrid.

- Recibido: 18/2/2017.
- Aceptado: 10/5/2017.

## Clozapina y psicoterapia placebo para la esquizofrenia resistente: una fabula científica.

### *Clozapine and placebo psychotherapy for resistant schizophrenia: a scientific fable.*

José Antonio Inchauspe Aróstegui (a) y Miguel Ángel Valverde Eizaguirre (b)

(a) Psiquiatra, Director del Centro de Salud Mental de San Juan.

Pamplona, Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea.

Avda Barañain 14, planta baja. 31008 Pamplona (España).

(b) Psicólogo Clínico, Unidad de Internamiento Psiquiátrico, UHP Sección A.

Complejo Hospitalario de Pamplona. Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea.

C/ Irunlarrea 3. 31008 Pamplona (España).

**Resumen:** Muchas veces se ha comparado a la clozapina con otros antipsicóticos. Al haber salido triunfante en muchos de esos ensayos, la clozapina se considera hoy como el antipsicótico más eficaz. Aunque los meta-análisis más recientes cuestionan esta percepción, los profesionales e investigadores siguen creyendo que es el antipsicótico más eficaz.

Se compararán los resultados publicados de este reputado antipsicótico con los de una psicoterapia que nació para ser usada como placebo, una verdadera anti-psicoterapia, el *briefending*. Sorpresivamente, al igual que en la fábula de la liebre y la tortuga, resulta que los datos disponibles acerca de la clozapina no son mejores que los de esa conversación insulsa que es el *briefending*. Se discutirán las razones e implicaciones para la práctica clínica y la investigación que sugiere este resultado aparentemente tan extraño.

**Palabras clave:** antipsicótico, esquizofrenia resistente, clozapina, *briefending*, comparar.

**Abstract:** Many times clozapine has been compared with other antipsychotics. As clozapine get overcome in many of these trials, is actually considered the most effective drug in schizophrenia. Although recent meta-analysis call into question this perception, most professionals and researchers continue believing that it is the most effective antipsychotic.

Here, this successful antipsychotic is compared with a psychotherapy that arises to be placebo, a truly anti-psychotherapy, the *befriending*. Surprisingly, similarly as in the Aesop's fable the hare does not win the turtle, with the available evidence clozapine failed to prove to be better than that bland conversation, as the *befriending* is. We will discuss the reasons and implications for clinical practice and research suggesting this seemingly so strange result.

**Key words:** antipsychotic, clozapine, resistant schizophrenia, briefending, comparing.

En la segunda década del siglo XXI un antipsicótico despunta como el más eficaz en el tratamiento de las esquizofrenias. Se le atribuye un gran beneficio para las personas con ese diagnóstico y que no mejoran con otros antipsicóticos, las llamadas esquizofrenias resistentes al tratamiento (TRS), como se recoge en prácticamente todas las guías de práctica clínica (1,2). Algunas de las más prestigiosas consideran incluso un criterio de calidad asistencial y de buen hacer clínico el que determinado porcentaje de pacientes esquizofrénicos sean tratados con este antipsicótico (3). No se puede presumir de un marchamo de eficacia más glorioso en el campo asistencial de la salud mental que el que posee la molécula a la que nos referimos: la clozapina. Es el “patrón oro” de los tratamientos de la esquizofrenia (4,5), como se reconoce por las agencias regulatorias encabezadas por la FDA que desde 1989 la consideran el único antipsicótico con indicación clínica en las TRS. No finalizan ahí sus méritos ya que, además de facilitar una adherencia superior y ser bien tolerado (6,7) se enorgullece desde 2002 de ser el único antipsicótico con indicación clínica para el tratamiento de esquizofrenias con riesgo de conducta suicida, y se defiende su efectividad en el tratamiento de esquizofrenias y en otras condiciones psiquiátricas con riesgo de paso al acto heteroagresivo, así como en pacientes con comorbilidad de abuso de sustancias (8,9).

Ha servido, además, para insuflar autoestima a quienes tratan las psicosis. El estudio pivotal de la clozapina (Kane *et al.*, 1988) (10), que le devolvió a la vida comercial tras un deceso temporal por una retirada quizás inadecuada (10-12) del mercado asistencial por la atribución de efectos adversos graves, trajo otros logros científicos y clínicos considerados sustanciales: a) permitió definir operativamente la esquizofrenia resistente, b) acabó con el mito imperante de que la eficacia del antipsicótico se asociaba a los efectos parkinsonianos del fármaco, c) abrió camino para buscar nuevos antipsicóticos en familias químicas distintas, d) demostró que hay antipsicóticos mejores que otros (13, p. 230), y f) amplió el horizonte conceptual y etiológico de las bases biológicas de la esquizofrenia (14).

Por todo ello, comparar algún otro antipsicótico con la clozapina resulta osado, pero también ten-

tador, y de gran interés comercial, el conseguir un respaldo a cualquiera de ellos como igual o al menos no inferior a la clozapina. La risperidona, la olanzapina, el amisulpride e incluso la paliperidona han sido propuestos como similares a la clozapina, con un éxito desigual, aunque lo cierto es que las comparaciones nunca han hecho mella en el prestigio de la clozapina como el antipsicótico más eficaz (4,15,16). Por supuesto que en ocasiones, como en el caso del palmitato de paliperidona, la comparativa no puede ser tomada muy en serio científicamente, aunque se afirme que es seguro y mejor tolerado y “al menos tan eficaz como la clozapina (...) aunque no existan ensayos rigurosamente diseñados, y posiblemente nunca existirán”, refiriéndose al Xeplion (17). No impide que los resultados en ventas del Xeplion sean arrasadores, seguramente mayores que para la clozapina (18).

En este contexto, la posibilidad de comparar la clozapina con una psicoterapia sería considerada frívola, una auténtica boutade, al igual que la posibilidad de que la tortuga llegue antes que la liebre resulta grotesca al inicio de la fábula de Esopo. Seguramente ninguno de los investigadores inmersos actualmente en comparativas entre antipsicóticos y algoritmos para realizar cambios de un antipsicótico a otro con objeto de buscar la mayor eficacia posible en su uso, como Leucht (19) o Arango (20) se animaría a considerar tal comparación, porque es evidente que la clozapina (la liebre) está situada en el panteón más alto del olimpo de los tratamientos eficaces en la esquizofrenia, los antipsicóticos, mientras que a las psicoterapias apenas se les reconoce un carácter complementario y subordinado. No obstante, démonos la licencia en las líneas que siguen de poner a la tortuga y a la liebre a disputar la misma carrera y observar el resultado, aunque sea bajo la forma de una fábula científica.

La tortuga que hemos seleccionado ni siquiera forma parte propiamente de las psicoterapias, de hecho es un placebo, es decir la píldora de azúcar de las psicoterapias, una actividad que pretende no tener efecto alguno sobre el paciente. La tortuga que rivalizará en nuestra fábula con la clozapina se llama *befriending*, una actividad que no se recoge ni en los libros que incluyen incluso las psicoterapias más banales, aunque alguna vez se la ha mirado con cierta simpatía.(21)

En realidad se podría ver como una charla insustancial pero no una psicoterapia, algo en lo que cualquier psicoterapeuta estaría de acuerdo.

### Presentando la clozapina

En los círculos de los investigadores y de las publicaciones científicas aunque la clozapina mantiene la mejor consideración, hay conciencia de que los ensayos clínicos matizan bastante su imagen de antipsicótico más eficaz. Por un lado las revisiones que proclaman su eficacia encuentran que las diferencias a su favor resultan muy pequeñas al compararse a otros antipsicóticos (22-25), incluso puede que no haya diferencia alguna con los antipsicóticos de segunda generación (15,16), o que los efectos beneficiosos se difuminen a los tres meses (4). Además no hay pruebas de que con la clozapina cambie el estado funcional de los pacientes, y de que usar clozapina constituya una verdadera diferencia en la mejora de calidad de vida de la persona (26). Aún con todo, autores cuyos estudios muestran que las pruebas a favor de la clozapina son insuficientes siguen apostando por su eficacia, calificándose a sí mismos como *creyentes* en la clozapina, y afirmando que acabarán por demostrar lo que los ensayos clínicos no han podido hasta la fecha, una tarea a la que se consagran con energía (5,19,27). Es admirable su actitud fervorosa y perseverante en un proyecto que les ocupa desde hace años, un empeño que se puede reflejar con el dicho haitiano: con la suficiente paciencia encontrarás el ombligo a una hormiga.

Al darse de bruces el mundo de las creencias de prescriptores e investigadores con los resultados de los trabajos científicos más rigurosos y actuales, llega a ponerse en duda la metodología de los meta-análisis (28) o simplemente el valor de los estudios controlados y aleatorizados en el tratamiento de la esquizofrenia (29).

En cualquier caso, los resultados de los meta-análisis y ECAs no hacen mella en la reputación de la clozapina entre psiquiatras prescriptores y gestores sanitarios, ya que todo el mundo parece saber bien que la clozapina es lo más eficaz, algo que se refleja incluso en las series televisivas (30). La clozapina es el patrón oro, se dice en una página web recientemente abierta en España (<http://www.clozapinacomoopcion.es/>)

para ensalzar sus numerosas virtudes, avalada por varias entidades científicas que colaboran con la farmacéutica ADAMED que comercializa Nemea® 200 mg. y la presenta como la “única clozapina en 200 mg, respondiendo a las necesidades del paciente con esquizofrenia” (31).

### Retrato de la clozapina en su mejor perfil

La clozapina muestra su mejor perfil en el ensayo de Kane *et al.* (1988) (10). Este ensayo mostró la eficacia de esta molécula con un tamaño de efecto “espectacular, impresionante” (27,31) que nunca ha podido ser replicado en estudios posteriores (27).

Se trata de un ensayo realizado sobre esquizofrénicos resistentes al tratamiento que estaban ingresados.

El grupo de Kane definió la esquizofrenia resistente como aquella que no muestra episodios de mejoría sintomática a pesar de haber usado al menos tres veces una dosis equivalente a 1000 mg de clorpromazina durante seis semanas, sin mejoría clínica y sin espacios de buen funcionamiento en los últimos cinco años. Los sujetos reclutados debían tener, además, una puntuación en la escala BPRS de 45 puntos o más, una puntuación en la escala CGI de al menos 4 puntos, y en al menos dos de ciertas áreas del BPRS una puntuación de 4 (desorganización conceptual, suspicacia, alucinaciones, y pensamientos extraños).

Lo primero que se realizó fue una fase de lavado de la medicación previa, de siete días o menos, y acto seguido a todos ellos se les puso en un régimen farmacológico con 60 mg de haloperidol o más durante seis semanas. Los que no respondieron a este régimen tan intenso, solo el 80% terminó las seis semanas y el 2% se consideraron respondedores al haloperidol (10), fueron llevados a una fase de lavado farmacológico de 7 días o menos, y aleatorizados después a la clozapina o a la clorpromazina, iniciándose propiamente el ensayo doble ciego. En este momento se realizan las mediciones basales con el pasaje de las escalas, obteniéndose las puntuaciones que serán las que se comparen con las realizadas durante y tras el tratamiento. Esta fase, el ensayo propiamente dicho, duró seis semanas, y en ella

se realizaron ajustes de las dosis durante todo el ensayo.

Al presentar el ensayo, los autores indican haber conseguido un gran éxito: se redujo el 20% en la puntuación BPRS en el 30% de las personas que usaron clozapina, mientras que en quienes usaron clorpromazina solo ocurrió en el 4%.

Desde entonces se está a la espera de que se equipare y se supere este record. A pesar de lo indagado por científicos tan meticulosos como Leucht, Samara, Arango y otros, no se ha encontrado ningún otro ensayo que muestre datos similares.

### La charla insustancial llamada *befriending*

Por su parte el *befriending* surge para cumplir un fin mucho más modesto, nace como un paria. El término inglés en este contexto quizás pudiera traducirse como charla amistosa, que es la función que debe cumplir, algo así como dar palmaditas en el hombro a personas gravemente enfermas. Padeció un trato tan desconsiderado que incluso a quienes lo usaron ni siquiera se les ocurrió que fuera necesario describirlo en detalle, solo le dedican 7 líneas y, de hecho, el *befriending*, la tortuga de nuestra fábula, ha caído en el olvido, exceptuando algún afectuoso recuerdo ocasional (19).

Relatemos su historia. Un grupo de investigadores de terapias psicológicas quisieron experimentar una con pacientes esquizofrénicos resistentes al tratamiento, del mismo modo que se hizo con la clozapina. Mientras que los antipsicóticos se suelen comparar con otros fármacos o con placebo, no estaba claro con qué se podría comparar una psicoterapia, en este caso cognitivo conductual (TCC). Los autores pensaron que podría lograrse manteniendo el formato de los encuentros con los sujetos del ensayo, dedicándoles el mismo tiempo, con los mismos profesionales, y la misma frecuencia, pero necesitaban algo para hacer que su contenido no se acercara ni de lejos a una psicoterapia. Dado que una psicoterapia TCC se centra en los síntomas, dificultades y aspectos significativos de la vida de las personas y se orienta a enseñar estrategias de manejo, pensaron en un formato de entrevista simpática, agradable e incluso empática, pero

en la que no se abordara ninguno de los temas que se tratan habitualmente en una psicoterapia y renunciando a enseñar absolutamente nada. De esa forma cuando el paciente abordara temas relevantes se esquivarían durante la sesión y se continuaría con el encuentro hablando de asuntos banales e intrascendentes, como deportes, cine, noticias, el tiempo y otros, pero nunca de voces, delirios o sufrimiento psíquico... Este tipo de encuentro amistoso pero sin relevancia respecto a lo que ocurre en la vida del paciente es lo que se llamó *befriending*.

Seguro que hacer *befriending* no es algo fácil si se tiene delante alguien preocupado por algún tema de su vida en concreto, pero con cierta habilidad es posible sortear esa dificultad. De hecho en el campo de salud mental no es infrecuente que no se aborden temas que los pacientes consideran relevantes. Andreasen, por ejemplo, realizó un verdadero alegato a favor de que el paciente y el clínico hablaran solo de los síntomas definidos de la enfermedad, sin abordar otros temas que suelen preocupar a los pacientes, incluso a veces mucho más que la propia enfermedad. Para evitar hablar de otras cosas, Andreasen propuso abreviar las entrevistas y restringir los temas a tratar. “Cuando las visitas de 15 minutos reemplacen a las de 50 minutos estos [los pacientes] las preferirán (...) Las visitas más cortas son una forma más eficiente y económica para tratar a más personas. Muchas veces, 15 minutos son suficientes para que el médico y el paciente hablen de los síntomas y sobre como afectan a su vida” (33, p. 256-57).

Sin abreviar la duración de las sesiones pero suficientemente entrenados en la habilidad de no hablar de lo que importa al paciente, los profesionales acogieron a un grupo de personas asignadas al azar para practicar con ellos el *befriending*, mientras que a la otra rama se aplicaba una intervención muy técnica que requería formación previa y supervisión, llamada TCC, según el modelo implementado por Turkington.

### El estudio en el que se usó el *befriending*

El estudio (34) se proponía comparar la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) con el *befriending*. Los sujetos cumplían con lo que se considera habitualmente una esquizofrenia resistente al



tratamiento con psicofármacos, es decir: sin mejoría durante 6 meses o más, usando fármacos en dosis equivalentes o mayores a 300 mg/día de clorpromazina, e incluyendo como mínimo un periodo de al menos 2 semanas con el equivalente de 600 mg/día de clorpromazina.

Se aleatorizaron los sujetos a ambas ramas y cada grupo contó con 44 participantes. El ensayo duró 9 meses y se aplicaron 19 sesiones de 45 minutos, en los primeros dos meses de forma semanal y después de forma más espaciada. La medida de resultados se hizo administrando el BPRS al inicio y al finalizar a los nueve meses, con una nueva evaluación nueve meses después de dejar de aplicar la psicoterapia y el *befriending*. Posteriormente se realizó una evaluación de seguimiento a los cinco años.

Curiosamente, al finalizar los nueve meses de intervención no se hallaron diferencias significativas entre el grupo con TCC y con *befriending*, pero ambos grupos mejoraron ostensiblemente según la puntuación de la escala BPRS. Los grupos siguieron un régimen farmacológico similar entre ellos y durante todo el ensayo. Los que estuvieron en *befriending* tuvieron una reducción media considerando a todos sus participantes en la puntuación BPRS del 36,6%.

Nueve meses después, ya sin sesiones, el grupo al que se le administró el *befriending* mantenía una reducción media en la puntuación BPRS del 26,31%. En el grupo *befriending* en este momento mantenían una reducción de al menos el 50% de la puntuación BPRS el 39% de los sujetos. Como la mejoría a los 9 meses de seguimiento

fue significativamente mayor en el TCC que en el *befriending* (ver Cuadro 1), los autores del estudio no dieron valor a esta conversación insustancial, y la relegaron centrándose en glosar las virtudes de la TCC.

### Comparando la clozapina según Kane y el *befriending*

El estudio de la clozapina de Kane *et al.* (10) facilita resultados únicamente a las seis semanas del ensayo y muestra una respuesta del 20% de disminución en la puntuación BPRS en el 30% de los sujetos en la rama de la clozapina. Metaanálisis posteriores muestran que a medio plazo (tres meses) la clozapina deja de tener diferencias con otros antipsicóticos (4).

En la rama de *befriending* la media de reducción en la puntuación BPRS considerando a todos los sujetos es del 36,6%, al finalizar su implementación de 9 meses. Y tras otros nueve meses, esta vez solo de seguimiento, se encuentra una reducción del 50% de la puntuación BPRS en el 39% de los sujetos (34). Los resultados de la rama *befriending* se muestra superior a los de la clozapina en el estudio de Kane *et al.* a las seis semanas, tanto en el número de beneficiados como en el tamaño del efecto, aunque es significativamente inferior a la TCC en la evaluación de seguimiento de nueve meses, pero no significativamente al finalizar el ensayo. El impacto de la TCC se mantuvo y creció en los nueve meses posteriores al ensayo, pero no ocurrió así en la rama del *befriending*, cuya fuerza descendió a medida que pasó el tiempo posterior a la intervención (ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Comparativa entre el efecto de la Clozapina en su mejor perfil (10), Befriending (33), Terapia cognitivo conductual (TCC) (33), y Diálogo Abierto (D.A.) (56)				
	Clozapina (10)	Befriending (34)	T.C.C. (34)	D.A. (57)
Tras 6 semanas (10)	El 30% de los sujetos reduce el 20% de la puntuación BPRS			
A los nueve meses, al finalizar la intervención (33)		- Hubo 19 sesiones de 45 minutos - La media de reducción de puntuación BPRS en todo el grupo fue del 36,6% de la puntuación BPRS	- Hubo 19 sesiones de 45 minutos - La media de reducción de puntuación BPRS en todo el grupo fue del 42,4% de la puntuación BPRS	
A los 9 meses siguientes, seguimiento (33)	Posiblemente el efecto se haya desvanecido (4)	- La media de reducción de puntuación BPRS en todo el grupo disminuyó, fue del 26,3% - Redujo el 50% de la puntuación BPRS el 39% de los sujetos	- La media de reducción de puntuación BPRS en todo el grupo aumentó, fue del 57,6% de la puntuación BPRS - Redujo el 50% de la puntuación BPRS el 63% de los sujetos	
A los 5 años Seguimiento	No existen estudios	La media de la reducción en puntuación BPRS de 20,11% (58)	La media de la reducción en puntuación BPRS de 32,5% (58)	Nunca recayó en los cinco años el 67% Usaron antipsicóticos en alguna ocasión el 33% Asintomáticos el 79%
A los 5 años Resultados de funcionalidad	Ni siquiera se ha planteado obtenerlos, ni para la clozapina ni para cualquier otro antipsicótico	Tan solo se consideran las puntuaciones en escalas e ingresos	Tan solo se consideran las puntuaciones en escalas e ingresos	El 81% se encontraban activos: trabajando o estudiando

Esto parece indicar que la introducción de un encuentro amigable que, sobre todo, no se considera psicoterapéutico, puede inducir un cambio en la escala de síntomas BPRS mayor que la estrategia de cambiar un antipsicótico por la clozapina, el patrón oro de los antipsicóticos. No podemos saber qué dirían los investigadores que estudian algoritmos de cambios de un antipsicóticos por otro en caso de no respuesta, pero podemos imaginar lo que puede estar pensando el lector: aquí hay gato encerrado, la liebre no puede perder ante la tortuga.

Le daremos al lector un dato que puede tranquilizarle, al menos de momento. Las muestras pro-

bablemente no son comparables en su gravedad, al igual que ocurre en buena parte de estudios recogidos en los meta-análisis de la clozapina (15) porque los sujetos del estudio de Kane *et al.* según la puntuación en la escala BPRS estaban en una situación más grave. La puntuación media de los sujetos al inicio de la fase aleatorizada en el estudio Kane, era de 61, con un intervalo superior e inferior de 12 puntos (10). En cambio los que estuvieron en *befriending* oscilaban entre 31,7 y 40,5. Pero el lector también necesita saber que los sujetos de Kane *et al.* obtuvieron esa puntuación tras permanecer durante seis semanas con una dosis de 60 mg de haloperidol,

y es prácticamente seguro que esa medicación hizo empeorar su puntuación BPRS (35-37).

## Discusión

En nuestra fábula científica se repite el resultado de la fábula clásica, es decir, la tortuga (*befriending*) gana la carrera a la liebre (*clozapina*). El tamaño del efecto del *befriending* es mayor, afecta a más personas y se mantiene durante más tiempo.

Es cierto que la comparación no es directa, algo que no es inhabitual y se resuelve en los meta-análisis mediante el llamado MTM *multiple-treatments meta-analysis* (15).

También es cierto que la distinta gravedad inicial de los sujetos en ambos ensayos dificulta la comparación. La heterogeneidad de las muestras utilizadas en los ensayos es un posible sesgo señalado en los meta-análisis, aunque los investigadores que lo advierten luego lo soslayan al obtener conclusiones (15) y la muestra del estudio comparativo entre TCC y *befriending* cumpliría sobradamente los requisitos necesarios para incluirse en estos meta-análisis, si en realidad se hubieran comparado antipsicóticos entre sí.

También es cierto que no es lo mismo comparar un antipsicótico con otro u otros, o con placebo, que añadir una intervención a personas que están tomando y siguen tomando antipsicóticos, pero es necesario recordar que la arquitectura de diseños *add-on* se ha propuesto como una alternativa aceptable ante el impasse actual en los estudios ECA comparativos de antipsicóticos con placebo, siempre y cuando “el mecanismo de acción de la nueva molécula sea realmente diferente al de las actuales” (38) algo de lo que no puede dudarse en el caso del *befriending*.

En justicia, también podemos afirmar que ninguno de los resultados, tanto en la clozapina, el *befriending*, como en la TCC, sugieren que los pacientes se encaminen realmente a la resolución de su situación, dado que la disminución de la puntuación de la escala BPRS no permite saberlo, pero esto resulta mucho más evidente en el caso de la clozapina.

En resumen, lo que no se puede dudar es que la liebre (cambio de un antipsicótico por clozapina)

no ha podido demostrar ser más eficaz que la tortuga (añadir *befriending* a los antipsicóticos) y que los datos apuntan más bien a lo contrario.

En la fábula clásica de Esopo, sobre la liebre y la tortuga, esta última gana la carrera porque la liebre está tan segura y convencida de su victoria, que mientras la tortuga no deja de caminar a su ritmo, la liebre se permite reposar y dormir, en los laureles naturalmente.

En la fábula científica del antipsicótico más eficaz quienes duermen en los laureles pueden ser los investigadores que evalúan los psicofármacos y traducen sus conclusiones a recomendaciones. Se evalúa la eficacia de los psicofármacos administrándolos en breves periodos de tiempo, y observando las diferencias en aspectos parciales de la situación de los pacientes, habitualmente la reducción de los síntomas y las recaídas. Es habitual dejar de lado muchos otros, como la reincorporación social, la satisfacción del consumidor, la calidad de vida y la pérdida del arco cognitivo y experiencial, como la capacidad de sentir, la atención, la agilidad psicomotriz, etc. algo en lo que los avances biomédicos actuales no han obtenido resultados tangibles (39).

Resulta aún más cuestionable que se hagan recomendaciones clínicas, no raras veces taxativas e imperativas apelando incluso a consideraciones éticas (40) basándose en esos estudios, y que se asuma la premisa de que dar medicación o cambiarla es lo único realmente importante e insoslayable, como si la disminución del 20% en una puntuación BPRS a seis semanas demostrara que lo correcto es mantener una pauta de medicación continuada durante largos años. Una pauta de la que se conocen los efectos adversos, muchos y graves, que pueden afectar al paciente física, mental y emocionalmente, haciendo que su funcionamiento social sea más deficitario, y tal vez incapacitándolo en parte para su vuelta a una vida normal y autónoma, y cuya eficacia no está demostrada en absoluto (41).

Se necesita insistir en que reducir el 20% de una puntuación BRPS es un objetivo clínico inaceptable porque no significa nada para la vida de ninguna persona, psicopatológicamente activa o no (42,43) y que la propia medicación antipsicótica podría agravar la puntuación de una persona en

la escala BPRS simplemente al aumentar las dosis (35-37), del mismo modo en que induce déficits cognitivos en personas sanas (44, p. 219-20).

La moraleja de esta fábula nos remite a otro aspecto tal vez más importante aún. Puede que nuestra tortuga venza a la liebre porque la verdadera carrera útil no se disputa en el terreno donde la liebre acostumbra a moverse, entre matorros, pedregales y repechos, sino en un medio donde la tortuga se desenvuelve mejor, por ejemplo en el agua.

Puede que haya terrenos más interesantes a considerar en la persona diagnosticada de esquizofrenia que los resultados que se obtienen al bloquear los receptores dopaminérgicos. El *befriending* consiste en hablar con alguien al que se considera un interlocutor, aunque sea de naderías, y tal vez nos esté señalando que el terreno verbal y comunicativo puede ser tanto o más importante que el de la intervención sobre la química cerebral del sujeto. Las TCC, las intervenciones dinámicas, las intervenciones psicosociales, el Diálogo Abierto consideran al sujeto que piensa, siente y actúa y son intervenciones que están demostrando actualmente su eficacia (45-48), mientras que el sentimiento de fracaso de la farmacología en diversos trastornos psiquiátricos, y de forma particular en las psicosis, resulta cada vez más patente para muchos observadores, generando “un creciente escepticismo e incluso crítica desde fuera y dentro de la psiquiatría” (49). Tal vez la eficacia de las psicoterapias se deriva del hecho de que se mueven en un terreno mucho

más pertinente para los cambios vitales positivos que la clozapina y el resto de los antipsicóticos.

La investigación actual sobre el tratamiento de la esquizofrenia se traduce en un bombardeo constante de publicaciones de ensayos clínicos, más de 600 al año, el 80% sobre antipsicóticos (50) que, en lo fundamental y a lo largo de 60 años, repiten los resultados del ensayo seminal de Cole *et al.* (51) a saber, resultados favorables a corto plazo en la disminución de la sintomatología que no se traducen a medio y largo en mejora del funcionamiento social y de la recuperación (52). En cuanto a la clozapina, entre 1970-2013, se han publicado 5607 documentos científicos, entre artículos, revisiones, editoriales y cartas al director, sobre diversos aspectos de su uso, según un ritmo de producción creciente en estos 44 años (53), nada que pueda desanimar a estos científicos: con la suficiente paciencia encontrarán el ombligo a la hormiga.

Mientras lo consiguen sería sensato y conveniente dirigir los esfuerzos de la práctica clínica y la investigación a aquellos terrenos donde las personas son más sensibles al cambio y la superación de las dificultades (54), al terreno de las personas que ayudan a otras personas encontrándose con ellas para hablar de las dificultades, sin descartar en absoluto un uso diferente cuantitativa y cualitativamente al actual de los antipsicóticos teniendo en cuenta sus limitaciones, posponiendo su introducción y utilizando dosis mínimas y tan temporales como sea posible (55) e implementado un abordaje colaborativo (56).

#### Contacto

José Antonio Inchauspe • ja.inchauspe.arostegui@cfnavarra.es  
Miguel Ángel Valverde • valverdema@hotmail.com

#### Bibliografía

- (1) NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults Treatment and management. Updated Edition, 2014. [Consultado 17-12-2016]: Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>
- (2) Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 12th Edition. UK: Wiley-Blackwell, 2015.
- (3) NICE National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults. Quality standard. Published: 12 February 2015. [Consultado 17-12-2016]:

- Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs80>
- (4) Siskind D, McCartney L, Goldschlager R, Kiesel S. Clozapine v. first and second generation antipsychotics in treatment-refractory schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2016;Jul 7.
  - (5) Herrera-Estrella M, Luna K. Clozapina: una revisión. *Psiquiatría Biológica* 2016; 23,3, Septiembre – Diciembre.
  - (6) Wheeler A, Humberstone V, Robinson G. Outcomes for schizophrenia patients with clozapine treatment: how good does it get? *Journal of Psychopharmacology* 2009;23: 957–65.
  - (7) Schneider C, Corrigan R, Hayes D, Kyriakopoulos M, Frangou S. Systematic review of the efficacy and tolerability of clozapine in the treatment of youth with early onset schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2014;Jan;29(1):1-10. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.08.001. Epub 2013 Oct 9.
  - (8) Volavka J. The effects of clozapine on aggression and substance abuse in schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 1999;60 Suppl 12:43-6.
  - (9) Frogley C, Taylor D, Dickens G, Picchioni M. A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects. *Int J Neuropsychopharmacol* 2012;Oct;15(9): 1351-71.
  - (10) Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry* 1988;Sep; 45(9):789-96.
  - (11) Crilly J. The history of clozapine and its emergence in the US market: a review and analysis *Hist Psychiatry* 2007;Mar;18(1):39-60.
  - (12) Hippus H. A historical perspective of clozapine. *J Clin Psychiatry* 1999;60 Suppl 12:22-3.
  - (13) Sanjuán J. ¿Tratar la mente o tratar el cerebro? Hacia una integración entre psicoterapia y psicofármacos. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2016.
  - (14) Meltzer HY. Treatment-resistant schizophrenia - the role of clozapine. *Curr Med Res Opin* 1997;14(1):1-20.
  - (15) Samara MT, Dold M, Gianatsi M, Nikolakopoulou A, Helfer B, Salanti G, *et al.* Efficacy, Acceptability, and Tolerability of Antipsychotics in Treatment-Resistant Schizophrenia: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016; Mar;1;73(3):199-210.
  - (16) Molins C, Roldán A, Corripio I, Isohanni M, Miettunen J, Seppälä J, *et al.* m-RESIST Group. Response to antipsychotic drugs in treatment-resistant schizophrenia: Conclusions based on systematic review. *Schizophr Res* 2016; Sep17. doi:10.1016/j.schres.2016.09.016.
  - (17) Martínez Andrés JA. Cambio de clozapina a palmitato de paliperidona: seguridad y eficacia en un amplio número de pacientes. XVI World Congress of Psychiatry. Madrid 2014, V.6; TOPIC 67: Schizophrenia and Psychotic Disorders, p. 237.
  - (18) Simón Ruiz A. ¿Cuáles son los fármacos más vendidos en España? Cinco días, 6-12-2016. [Consultado 17-1-2017]: Disponible en: [http://cincodias.com/cincodias/2016/12/02/empresas/1480709773\\_232091.html](http://cincodias.com/cincodias/2016/12/02/empresas/1480709773_232091.html)
  - (19) Leucht S, Winter-van Rossum I, Heres S, Arango C, Fleischhacker WW, Glenthøj B, *et al.* The optimization of treatment and management of schizophrenia in Europe (OPTiMiSE) trial: rationale for its methodology and a review of the effectiveness of switching antipsychotics. *Schizophr Bull* 2015; May;41(3):549-58.
  - (20) Arango C, Kapur S, Kahn RS. Going beyond “trial-and-error” in psychiatric treatments: OPTiMiSE-ing the treatment of first episode of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2015; May;41(3):546-8.
  - (21) Samarasekera N, Kingdon D, Siddle R, O'Carroll M, Scott J L, Sensky T, *et al.* Befriending patients with medication-resistant schizophrenia: Can psychotic symptoms predict treatment response? *Psychol Psychother* 2007; Mar;80(Pt 1):97-106.

- (22) Wahlbeck K, Cheine M, Essali A, Adams C. Evidence of clozapine's effectiveness in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Am J Psychiatry* 1999; Jul;156(7):990-9.
- (23) Essock SM, Frisman LK, Covell NH, Hargreaves WA. Cost-effectiveness of clozapine compared with conventional antipsychotic medication for patients in state hospitals. *Arch Gen Psychiatry* 2000; Oct;57(10):987-94.
- (24) Essali A, Al-Haj Haasan N, Li C, Rathbone J. Clozapine versus typical neuroleptic medication for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; Jan 21; (1):CD000059.
- (25) Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, *et al.* Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple treatments meta-analysis. *Lancet* 2013; Sep 14;382(9896): 951-62.
- (26) Lewis SW, Barnes TR, Davies L, Murray RM, Dunn G, Hayhurst KP, *et al.* Randomized Controlled Trial of Effect of Prescription of Clozapine Versus Other Second-Generation Antipsychotic Drugs in Resistant Schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006; Oct;32(4): 715-23.
- (27) Samara MT, Leucht S. Use of Clozapine in Schizophrenia-Reply [carta]. *JAMA Psychiatry* 2016; Oct,1;73(10):1098-1099.
- (28) Mustafa, F.A. Use of Clozapine in Schizophrenia [carta]. *JAMA Psychiatry* 2016; Oct,1;73(10):1097.
- (29) Vanasse A, Blais L, Courteau J, Cohen AA, Roberge P, Larouche A, Grignon S, *et al.* Comparative effectiveness and safety of antipsychotic drugs in schizophrenia treatment: a real-world observational study. *Acta Psychiatr Scand* 2016; Nov;134 (5):374-384.
- (30) Healy D. Homeland Security, 20-03-2012. [Consultado 17-1-2017]: Disponible en: <http://davidhealy.org/homeland-security/>
- (31) ADAMED Lanza al Nemea 200. [Consultado 17-1-2017]: Disponible en: <http://www.adamedfarma.es/servicios/noticias/novedades-adamed/adamed-lanza-al-mercado-una-nueva-presentacion-nemea-200-mg>
- (32) Moncrieff J. Clozapine vs conventional antipsychotic drugs for treatment-resistant schizophrenia: a re-examination. *Br J Psychiatry* 2003; Aug;183:161-6.
- (33) Andreasen N. *The broken brain*. USA: Harper & Row, 1984.
- (34) Sensky T, Turkington D, Kingdon D, Scott JL, Scott J, Siddle R, O'Carroll M, Barnes TR. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; Feb; 57(2):165-72.
- (35) Healy D. Psychopharmacology and the ethics of resource allocation. *Br J Psychiatry*. 1993; Jan;162:23-9.
- (36) College Report. Consensus statement on high-dose antipsychotic medication College Report CR190. UK: Royal College of Psychiatrists, 2014. [Consultado 17-12-2016]: Disponible en: <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR190.pdf>
- (37) Sumiyoshi T. Possible dose-side effect relationship of antipsychotic drugs: relevance to cognitive function in schizophrenia. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2008; Nov;1(6):791-802. doi: 10.1586/17512433.1.6.791.
- (38) Leucht S, Heres S, Davis JM. Increasing Placebo Response in Antipsychotic Drug Trials: Let's Stop the Vicious Circle. *Am J Psychiatry* 2013; Nov;170 (11):1232-4.
- (39) Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M. *et al.* A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013; Nov;39(6):1296-306.
- (40) Carpenter WT Jr., Appelbaum PS, Levine RJ. The Declaration of Helsinki and clinical trials: a focus on placebo-controlled trials in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003; Feb;160(2):356-62.
- (41) Sohler N, Adams BG, Barnes DM, Cohen GH, Prins SJ, Schwartz S. Weighing the Evidence

- for Harm From Long-Term Treatment With Antipsychotic Medications: A Systematic Review. *Am J Orthopsychiatry* 2016;86(5):477-85.
- (42) Leucht S, Kane JM, Kissling W, Hamann J, Etschel E, Engel R. What does the PANSS mean? *Schizophr Res* 2005;Nov 15;79(2-3):231-8.
- (43) Leucht S, Kane JM, Kissling W, Hamann J, Etschel E, Engel R. Clinical implications of Brief Psychiatric Rating Scale scores. *Br J Psychiatry* 2005;Oct; 187:366-71.
- (44) Jackson GE. *Rethinking Psychiatric Drugs. A guide for informed consent.* USA: Autor House. Blomington IN. 2005.
- (45) Balter M. Talking Back to Madness. As the search for genes and new drugs for schizophrenia stalls, psychotherapies are getting new attention. *Science* 2014,14, March; V 343, n. 6176 pp. 1190-1193.
- (46) Peters E., Crombie T, Agbedjro D, Johns LC, Stahl D, Greenwood K, *et al.* The long-term effectiveness of cognitive behavior therapy for psychosis within a routine psychological therapies service. *Front Psychol* 2015;Oct 29;6:1658.
- (47) Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis* 2011;V 3, Issue 3, 1-13.
- (48) Fuller PR. *Sobrevivir, existir, vivir. La terapia en cada fase de la psicosis grave.* Barcelona: Herder, 2015.
- (49) Möller HJ. Current situation and future perspectives of antipsychotics in schizophrenia. En *Psiquiatría: Situación Actual y Perspectivas de Futuro.* Libro Homenaje al Profesor Juan José López Ibor. Madrid: Unión Editorial, 2016.
- (50) Miyar J, Adams CE. Content and quality of 10,000 controlled trials in schizophrenia over 60 years. *Schizophr Bull* 2013;Jan 39(1): 226-9.
- (51) Cole JO, *et al.* The National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Collaborative Study Group. Phenothiazine Treatment in acute schizophrenia effectiveness. *Arch Gen Psychiatry* 1964;10(3):246-261.
- (52) Schooler NR, Goldberg SC, Boothe H, Cole JO. One year after discharge: community adjustment of schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1967;Feb,123 (8):986-95.
- (53) López-Muñoz F, Sanz-Fuentenebro J, Rubio G, García-García P, Álamo C. Quo Vadis Clozapine? A Bibliometric Study of 45 Years of Research in International Context *Int J Mol Sci* 2015;Sep,23;16(9):23012-34.
- (54) Nature. Therapy deficit. Studies to enhance psychological treatments are scandalously under-supported. [Editorial]. *Nature*, 2012,27 sept, V 489:473-474.
- (55) Aderhold V, Statsny P. Guía para utilizar los neurolépticos a dosis mínimas, por qué y cómo. MIAH, 2016. [Consultado 19-08-2016] Disponible en: <http://madinamerica-hispanohablante.org/traduccion-mia/>
- (56) Cooke A. (editor) *Comprender la psicosis y la esquizofrenia. Un informe de la Division of Clinical Psychology (The British Psychological Society).* [Consultado 17-1-2017]: Disponible en: <http://www.infocop.es/pdf/comprenderpsicosis.pdf>
- (57) Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research* 2005;March;16(2): 214-228.
- (58) Turkington D, Sensky T, Scott J, Barnes TR, Nur U, Siddle R, Hammond K, Samarasekera N, Kingdon D. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: a five-year follow-up. *Schizophr Res* 2008;Jan;98(1-3):1-7.

- Recibido: 6/2/2017.
- Aceptado: 25/4/2017.

## Necesidad, conveniencia y contenido del proceso de evaluación y asesoramiento psicológico en adolescentes transexuales.

### *Necessity, convenience and content of the process of evaluation and psychological counseling in transsexual adolescents.*

Felipe Hurtado Murillo

Doctor en Psicología. Especialistas en psicología clínica y sexología.

Unidad Multidisciplinar de Atención a las Personas Transexuales de la Comunidad Valenciana. Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

**Resumen:** La transexualidad es definida como una manifestación persistente de discordancia personal entre el sexo asignado al nacimiento (genético, gonadal, genital y morfológico) y sexo/género sentido.

Como consecuencia de la discordancia, la persona experimenta un sentimiento de profundo rechazo hacia las características sexuales primarias y secundarias de su sexo biológico y busca adecuar su cuerpo mediante tratamientos hormonales y quirúrgicos, para corregir su apariencia y conseguir vivir y ser tratada socialmente arreglo al género sentido y deseado, solicitando con posterioridad rectificar la identidad registral del sexo con el fin de legalizar el nuevo sexo y nombre en sus documentos.

En la actualidad es imposible realizar la evaluación de transexualidad basándose en criterios objetivos. Para la evaluación dependemos de la información suministrada por los/as propios/as transexuales y/o por la familia y el entorno, que en ocasiones es sesgada con o sin intencionalidad. Se realiza a partir de entrevistas clínicas por métodos psicológicos, habiendo profesionales que utilizan criterios diagnósticos establecidos en manuales internacionales de diagnóstico (1,2).

Dadas las consecuencias irreversibles, parciales o totales, de los tratamientos hormonales y/o quirúrgicos, es absolutamente necesario realizar una cuidadosa y exhaustiva evaluación individualizada en Unidades especializadas. La evaluación y el diagnóstico diferencial debe ir apoyado por un seguimiento riguroso y continuo del/de la menor y de su familia con el fin de asesorar durante el proceso de construcción de la identidad de género sentida.

**Palabras clave:** Transexualidad. Evaluación. Asesoramiento psicológico.

**Abstract:** Transsexuality is defined as a persistent manifestation of personal disagreement between the sex assigned to birth (genetic, gonadal, genital and morphological) and sex / gender desired.

As a result of discordance, the person experiences a deep rejection of the primary and secondary sexual characteristics of their biological sex and seeks to adapt their body



through hormonal and surgical treatments, to correct their appearance and to live and be socially treated according to desired gender, subsequently requesting rectification of the registration of sex in order to legalize the new sex and name in their documents.

At present it is impossible to perform the evaluation of transsexuality based on objective criteria. For the evaluation we depend on the information provided by the transsexuals themselves and / or by the family and the environment, which is sometimes biased with or without intentionality. It is performed from clinical interviews by psychological methods, having professionals using diagnostic criteria established in international diagnostic manuals (1,2).

Given the irreversible, partial or total consequences of hormonal and / or surgical treatments, it is absolutely necessary to carry out a careful and exhaustive individualized evaluation in specialized units. The evaluation and differential diagnosis should be supported by a rigorous and continuous follow-up of the child and his / her family in order to advise during the process of construction of the desired gender identity.

**Key words:** Transsexuality. Evaluation. Psychological counseling.

## Introducción

La discordancia entre la identificación de género sentida y el sexo asignado y de crianza, produce un sentimiento disfórico que puede manifestarse en diferentes grados de intensidad en cada persona y momento vital (2). Ahora bien, diversas publicaciones sostienen que una gran mayoría de casos se inician a edades muy tempranas y si la identidad de género está perfectamente consolidada no hay motivos para esperar hasta la mayoría de edad para iniciar el tratamiento hormonal y quirúrgico (3).

La manifestación del sentimiento de identidad sexual / identidad de género se ha estudiado en la población de personas transexuales mediante diferentes métodos de evaluación, unos estudios se han basado en impresiones clínicas extraídas de las entrevistas (4, 5) y otros sobre instrumentos de evaluación (6-10), tales como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) (11), el Test de Percepción Temática (TAT) de Rorschach (12), el Listado de síntomas (SCL-90-R) (13) o el Cuestionario de masculinidad-feminidad-androginia (BSRI) (14).

La investigación de cerebros de personas transexuales postmortem ha señalado, que el núcleo basal de la estría terminal del cerebro muestra características similares a los cerebros de personas del sexo biológico del sexo opuesto (15). Pero in vivo estas estructuras cerebrales no pue-

den ser visualizadas por técnicas de imagen, ni tampoco existen pruebas bioquímicas ni genéticas que puedan demostrar hallazgos biológicos para llegar a un diagnóstico preciso.

Por consiguiente, en la actualidad es imposible realizar la evaluación de la transexualidad o la existencia de disforia de género basándose en criterios objetivos. El diagnóstico diferencial depende de la información suministrada por los/las propios/as personas transexuales y/o por la familia y el entorno, que en ocasiones es sesgada con o sin intencionalidad. Se realiza a partir de entrevistas clínicas por métodos psicológicos y pueden estar basados en criterios diagnósticos establecidos (1, 2).

## Necesidad de evaluación y tratamiento por profesionales especializados en equipos multidisciplinares

En la fase de diagnóstico diferencial, el conflicto de identidad de género, el desarrollo psicosexual y los potenciales problemas asociados son examinados por el/la profesional de la salud mental que generalmente es un profesional de la psicología clínico con formación en identidad sexual y de género.

Junto a la valoración de la identidad, de la presencia de disforia de género y de la satisfacción corporal, se miden aspectos generales del funcionamiento psicológico: habilidades intelectua-

les, habilidades de afrontamiento, rendimiento escolar, relaciones con iguales, funcionamiento familiar, sexualidad, orientación sexual, fantasías sexuales, el significado de travestirse, psicopatología y autoestima. La información es dada por el/la adolescente pero también por sus padres y entorno familiar.

Con el fin de crear expectativas realistas con respecto a la futura vida del/de la adolescente, el clínico debe dar información sobre las posibilidades y limitaciones de la reasignación de género y sobre otros tipos de tratamientos como las intervenciones psicológicas.

La pérdida de la fertilidad es un aspecto importante a abordar. Los y las adolescentes mayores en los estadios 4 o 5 de Tanner pueden decidir congelar óvulos o espermatozoides, pero muchos jóvenes adolescentes no quieren esperar hasta las últimas etapas puberales y comienzan la supresión puberal cuando todavía no son fértiles.

Factores negativos para el uso hormonal es tanto la presencia de obesidad que cada vez es más prevalente en adolescentes de países occidentales (16) como el hábito de fumar. Tanto los/as endocrinos/as pediátricos/as como las /los cirujanas/os plásticas/os consideran que la obesidad y el hábito de fumar como factores de impacto negativo para el tratamiento hormonal y los resultados quirúrgicos. Siendo por ello que a los y las adolescentes se les motiva a controlar sus hábitos alimentarios y de consumo de tabaco antes de comenzar el tratamiento (17).

### **Bloqueo puberal**

Durante muchos años los protocolos internacionales (18) indicaban en los criterios asistenciales, que no se deberían iniciar tratamientos irreversibles ni hormonales ni quirúrgicos en personas transexuales hasta que no se hubiera alcanzado la mayoría de edad, a pesar de que un número amplio de transexuales venían manifestado una identidad persistente desde la infancia y un sufrimiento psicológico evidente que se incrementaba con la aparición de los signos puberales.

Hoy día, en cambio, hay equipos de tratamiento que defienden que se debe iniciar el proceso terapéutico durante la etapa puberal, habiendo una diagnóstico claro de persistencia y habiendo vivi-

do el adolescente las primeras etapas puberales en su sexo biológico, con el fin de disminuir el sufrimiento psicológico, mejorar la aceptación social y mejorar el resultado estético en el aspecto del sexo deseado (17).

Hay que especificar que el tratamiento hormonal con bloqueo puberal se debe iniciar una vez alcanzado el segundo-tercer estadio de Tanner, con presencia de estrógeno o testosterona en sangre y con una edad mínima de 12 años. Es reversible y consiste en la administración de análogos de GnRH que bloquean la pubertad hormonal en su sexo biológico. Retrasando o congelando la pubertad se consigue una mayor tranquilidad del y de la adolescente que proporciona más oportunidad de explorar de forma más profunda con el profesional de la salud mental, el deseo de realizar un cambio corporal mediante tratamientos irreversibles posteriores.

### **La persistencia de la disforia de género**

La disforia de género en infancia y adolescencia son condiciones complejas y asociadas a intenso malestar, siendo por ello que es de suma importancia la detección precoz y el tratamiento integral, ya que con ello se mejora la calidad de vida, disminuye la comorbilidad mental y la disforia de género (18). Sin embargo, es preciso tener en cuenta los datos de persistencia (tabla 1), éstos indican que aunque hay una gran variabilidad que va desde el 27% al 95%, hay que tener presente que una tasa significativa de niños prepuberales que dicen sentirse del sexo contrario al de nacimiento, no seguirá experimentado la disforia de género en la adolescencia (3, 19-24), dificultando con ello el establecimiento de un diagnóstico definitivo en la adolescencia (25).

**Tabla 1. Datos sobre la persistencia de Disforia de Género en menores con seguimiento en Unidades especializadas**

Ciudad. País	Autor, (año)	Muestra (edad <sup>a</sup> )	Resultado (% persistencia)
Amsterdam. Holanda	Wallien et al, (2008)	77 (> de 16 años)	21 (27%)
Amsterdam. Holanda	Steensma et al, (2011)	53 (< de 14 años)	29 (54.7%)
Melbourne. Australia	Hewitt et al, (2012)	21 (adolescentes <sup>b</sup> )	17 (81%)
Amsterdam. Holanda	Steensma et al, 2013	127 (> de 15 años)	47 (37%)
Madrid. España	Asenjo-Araque et al, (2015)	45 (< de 18 años)	43 (95%)

<sup>a</sup> Se indica la edad en el momento de la última evaluación para valorar persistencia

<sup>b</sup> No se indica la edad

Una de las hipótesis que se plantea respecto a estas diferencias en los resultados sobre persistencia de la transexualidad en las diferentes Unidades, es que posiblemente el filtro de derivación sea diferente en cada una de ellas. Pudiéndose derivar a unas Unidades casos menos claros de transexualidad, o que son variantes de género que finalmente no persisten, por profesionales conocedores de la existencia de la Unidad especializada pero poco expertos en criterios diagnósticos. Por otro lado, el análisis de la persistencia precisa de estudios longitudinales más allá de la mayoría de edad, ya que si se pierden datos es difícil precisar la desistencia de la disforia de género o la causa del abandono del seguimiento en la Unidad especializada (24).

Estudios prospectivos muestran que la presencia de género variante en la niñez de poblaciones clínicas está asociado con posterior homosexualidad, bisexualidad o disforia de género en la etapa adulta. Sin embargo, incluso en poblaciones clínicas, el 25% de los casos de disforia de género en la niñez no persiste en la etapa adulta (17).

La investigación apunta que la intensidad de la disforia de género parece ser la variable más predictora de la persistencia de la disforia de género tanto en niños como en niñas (los que persistieron habían dicho que “ellos eran del otro género”, mientras que los que no persistieron se identificaban más como un niño femenino o una niña masculina o que deseaban ser del otro sexo.

La mayor edad en que consultan y el sexo asignado femenino también parecen ser predictores de persistencia. En el caso de los niños, los factores más predictores fueron además de la intensidad de la disforia y la edad, el que hubieran hecho ya la transición y el mayor número de comportamientos variantes de género (22). Muchos adolescentes y adultos transexuales informan que experimentaron el sentimiento de pertenecer al género contrario al asignado en la niñez y muchos adolescentes con disforia de género muestran persistencia en la etapa adulta (26).

### Diagnóstico diferencial

Dentro del diagnóstico diferencial es de suma importancia descartar a niños, niñas y adolescentes cuya conducta simplemente no encaja en el estereotipo cultural de masculinidad o feminidad (tabla 2: géneros raros o variantes de género y travestis) así como aquellos que presentan trastornos de la diferenciación sexual (intersexos).

Dadas las consecuencias irreversibles, parciales o totales, de los tratamientos hormonales, es absolutamente necesario realizar una cuidadosa y exhaustiva evaluación individualizada en Unidades especializadas. El diagnóstico debe ir apoyado por un seguimiento riguroso y continuo del/ de la menor y de su familia con el fin de asesorar durante el proceso de construcción de la identidad de género sentida (27).

Tabla 2. Género y términos relacionados

<b>Género</b>	Características psicológicas, conductuales y culturales asociadas con masculinidad o feminidad.
<b>Rol de género</b>	Características, actitudes y rasgos de personalidad que cada sociedad, en un periodo histórico, designa como masculino o femenino y que es más típico del rol social masculino o femenino.
<b>Identidad de género</b>	El sentimiento personal y grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina, o bien, una combinación de ambas. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a las personas organizar un autoconcepto y comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio género.
<b>Expresión de género</b>	La forma en que cada persona actúa para comunicar su género dentro de una cultura determinada.
<b>Género variante</b>	Mostrar o expresar comportamientos, intereses o características que no se ajusten a las normas culturales dominantes para el sexo biológico.
<b>Disforia de género</b>	Manifestación persistente de discordancia personal entre el sexo asignado al nacimiento (genético, gonadal, genital y morfológico) y sexo/género sentido.
<b>Transgénero</b>	El comportamiento, la apariencia o la identidad de las personas que cruzan, trascienden, o no se ajusten a las normas culturalmente definidas para personas de su sexo biológico. Transgénero es un término general que empezó a usarse debido a la insatisfacción con el término categórico de transexual y reconoce las múltiples identidades de género que no se ajustan correctamente a las categorías rígidas de hombre o mujer. Incluye un espectro de identidades: transexual, andrógino, bigénero, género raro (genderqueer), travestido. Puede representar a quien ha sido objeto de la terapia hormonal o la cirugía estética con el fin de vivir en el rol de género de elección, pero no incluye a quienes han realizado reasignación quirúrgica genital.
<b>Género raro</b>	(Genderqueer). Persona que no se ajusta a las distinciones de género convencionales pero no se identifica con ninguno de ellos, ambos, o una combinación de géneros masculino y femenino.
<b>Andrógino</b>	Parcialmente hombre y parcialmente mujer en apariencia, de sexo indeterminado.
<b>Travesti</b>	(Cross.dresser). Persona que viste con ropas, se pone maquillaje y adornos corporales asignado socialmente al sexo opuesto, pero acepta sus características sexuales y no desea alterarlas.
<b>Transexual</b>	La persona que desea vivir y ser aceptada como miembro del sexo opuesto. Acompañado por un sentimiento de malestar con las características sexuales primarias y secundarias del sexo biológico propio y con deseo de eliminarlas mediante tratamiento hormonal y/o cirugía para hacer su cuerpo lo más congruente posible con el sexo deseado y preferido.

Debemos tener en cuenta que la identidad sexual y de género forma parte de la personalidad y ésta es un sistema dinámico que se desarrolla en relación recíproca con el medio y que incluye al mismo tiempo factores disposicionales, culturales y sociohistóricos (28). Por consiguiente, el profesional que realiza el diagnóstico tiene que tener una buena formación en psicopatología del desarrollo en la infancia y adolescencia y ser competente en el diagnóstico y tratamiento de

problemas mentales, además de ser un amplio conocedor de la transexualidad (29).

Para poder incrementar la certeza diagnóstica y planificar de forma más adecuada la intervención, la evaluación debe ser multi y pluridimensional (30) y el profesional deberá tener instrumentos y conocimientos necesarios para seleccionar cuidadosamente a las candidatas y los candidatos más adecuados/as que se puedan beneficiar de



los tratamientos precoces que demoran la pubertad (31) o proponer otras alternativas terapéuticas que contemplen el abanico de posibilidades de las distintas expresiones de género o recomendar una intervención específica si hubiera un trastorno psiquiátrico (29).

**Problemas que pueden requerir intervenciones psicológicas solamente, o antes o en combinación con los tratamientos médicos son:**

1. La **confusión de género** que se puede dar en jóvenes varones homosexuales con intereses estereotípicos femeninos y que les gusta vestirse con ropas de mujer. Pueden considerar que la reasignación de género podría ser la solución a su malestar. También se puede dar la confusión de género en adolescentes varones con travestismo fetichista con o sin excitación sexual que interpretan su deseo de llevar ropas de mujer como un signo de disforia de género y demandan la reasignación de género.
2. Un número significativo de adolescentes con disforia de género tiene comorbilidad psiquiátrica. En estos casos los problemas de salud mental coexistentes deben ser evaluados para asegurar el diagnóstico o realizar tratamientos para que no alteren el proceso de reasignación sexual. Cuando las comorbilidades están tratadas y estabilizadas, los adolescentes pueden ser aceptados para realizar la supresión

puberal, pero si el trastorno de salud mental no está estabilizado o no hay suficientes garantías de que el/la adolescente tiene un compromiso claro de cumplimiento terapéutico, la frenación puberal ha de ser post-puesta hasta que la situación de salud del adolescente sea suficientemente estable.

3. Los trastornos del espectro autista presentan dificultades diagnósticas para la disforia de género, en estos casos si estos/as adolescentes son elegibles para realizar la supresión puberal o la hormonación cruzada, el tratamiento ha de ser introducido con mucho cuidado y cada paso ha de ser valorado con el profesional de salud mental y el resto del equipo (32).
4. Jóvenes con aversión hacia la sexualidad o hacia partes corporales sexuadas y demandan extirpaciones quirúrgicas de genitales o mamas. Es poco frecuente pero hay casos donde puede haber un trastorno mental de dismorfobia a mamas o genitales y solicitan una ablación para eliminar su malestar aversivo, prefiriendo estar asexuadas pero sin sentimiento de desear ser del otro género.
5. La presencia de disforia de género pero sin deseo de realizar tratamientos de reasignación sexual, ni con hormonación ni con cirugía. Pueden intentar integrar los aspectos masculinos y femeninos y adoptar una forma de expresión andrógina o mixta.

**Correspondencia**

Felipe Hurtado Murillo • felipehurtadomurillo@gmail.com

Centro de Salud “Fuente San Luis” • Unidad de Salud Sexual y Reproductiva y Unidad Multidisciplinar de Atención a las Personas Transexuales

Calle Arabista Ambrosio Huici, 30 • 46013 Valencia

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
2. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
3. Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van der Waal H, Gooren L. Original Research. Intersex and gender identity disorders. The Treatment of Adolescent Transsexuals: Changing Insights. *J Sex Med* 2008; 5: 1892-7.
4. Randell J. Indications for sex reassignment surgery. *Archiv Sex Behav* 1971; 1: 153-61.
5. Walinder J, Lundström B, Thuwe I. Prognostic factors in the assessment of male transsexuals for sex reassignment. *Br J Psychiatr* 1978; 132: 16-20.
6. Hill E. A comparison of three psychological testings of a transsexual. *J Pers Assess* 1980; 44: 52-100.
7. Lothstein LM. Psychological-testing with transsexuals- a 30 year review. *J Pers Assess* 1984; 48: 500-7.
8. Fleming M, Cohen D, Salt P, Jones D, Jenkins S. A study of pre- and postsurgical transsexuals: MMPI characteristics. *Arch Sex Behav* 1981; 10: 161-70.
9. Murray J. Borderline manifestations in the Rorschachs of male transsexuals. *J Pers Assess* 1985; 49: 454-66.
10. Mate-Kole C, Freschi M, Robin A. A controlled study of psychological and social change after surgical gender reassignment in selected male transsexuals. *Br J Psychiatr* 1990; 157: 261-64.
11. Hathaway SR, McKinley JC. (Adaptación española: Ávila-Espada, A y Jiménez-Gómez F). Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2. Madrid: TEA ediciones; 2000.
12. Murray HA. Manual for the Thematic Apperception Test. Cambridge: Harvard University Press; 1943a.
13. Derogatis SL. The SCL-90-R. Baltimore: Clinical Psychometric Research; 1975.
14. Bem SL. The measurement of psychological androgyny. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42: 155-62.
15. Kruijver FP, Zhou JN, Pool CW, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. Male to female transsexual have female neuron numbers in a limbic nucleus. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85 (5): 2034-41.
16. Friedriks AM, Buuren van S, Wit JM. Body mass index measurements in 1996-7 compared with 1980. *Arch Dis Child* 2000; 82: 107-12.
17. Cohen-Kettenis PT, Schagen SE, Steensma TD, De Vries ALC. Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: a 22-year follow-up. *Arch Sex Behav* 2011; 40:843-7.
18. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association-HBIGDA. The standards of care for gender identity disorders. 6ª versión. Mineapolis: HBIGDA; 2001.
19. Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2008; 47(12): 1413-23.
20. Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen\_kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria alter childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Psychology and Psychiatry* 2011; 16(4):499-516.
21. Hewitt JK, Paul C, Kasiannan P, Grover SR, Newman LK, Warne GL. Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents. *The Medical Journal of Australia* 2012; 196(9):578-581.
22. Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistance and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative



- follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52 (6): 582-90.
23. Drescher J, Pula J. Ethical Issues Raised by the Treatment of Gender-Variant Prepubescent Children. *LGBT Bioethics: Visibility, Disparities and Dialogue*, special report, Heatings Center Report 2014; 44(5):S17-S22. DOI.10.1002/hast.365
  24. Asenjo-Araque N, García-Gibert C, Rodríguez-Molina JM, Becerra-Fernández A, Lucio.Pérez MJ y Grupo GIDSEEN. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 2015; 2(1):33-36.
  25. Kreukels BP, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nat Rev Endocrinol* 2011; 7:466-72.
  26. De Vries ALC, Cohen-Kettenis PT, Delamarre -van de Waal HA. Clinical Management of gender dysphoria in adolescents. *Int J Transgenderism* 2007; 9(3):83-94.
  27. Vanderburgh R. Appropriate therapeutic care for familias with pre-pubescent transcender/ gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal* 2009; 26(2):135-54.
  28. Richaud de Minzi MC. Diferentes perspectivas acerca de la personalidad en la niñez. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica* 2004; 17(1): 27-38.
  29. The World Professional Association for Transgender Health-WPATH. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7 version. 2011. Recuperado en marzo de 2012 de [http://wpath.org/publications\\_standards.cfm](http://wpath.org/publications_standards.cfm).
  30. Maganto C, Cruz S. Multitécnicas y multimétodos en la evaluación de la primera infancia. *Revista Ibroamericana de Diagnostico y Evaluación Psicológica* 2001; 12: 149-81.
  31. Möller B, Schreier H, Romer G. Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 2009; 39: 117-43.
  32. De Vries ALC, Steensma TD, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Puberty supresión un adolescents with gender identity disorder: A prospective follow up study. *J Sex Med* 2010.01943.x. Doi: 10-1111/j.1743-6109.

- Recibido: 26/12/2016.
- Aceptado: 15/05/2017.

# Sobre la negación de la subjetividad en la “clínica” actual.

## *On the discussion of subjectivity in the current “clinic”.*

Soraya González Rábago

Residente de Psicología Clínica, 4º año • Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Cádiz.

**Resumen:** Lo que se entiende actualmente por actividad clínica en salud mental parece estar lejos de la clínica que practicaban los padres de nuestra disciplina. Nuestras formas de diagnosticar y nuestra forma de tratamiento se han simplificado tanto que dejan fuera de sus consideraciones lo más propio del ser humano, su propia subjetividad. Este artículo pretende proponer sólo algunos ejemplos de cómo se organiza la salud mental alrededor de cuestionarios, guías clínicas y protocolos unificadores.

**Palabras clave:** Subjetividad, cientificismo, guías clínicas, protocolos.

**Abstract:** It's currently understood by clinical activity in mental health seems to be far from the clinic practiced by the parents of our discipline. Our forms of diagnosis and our form of treatment have been simplified so much that they leave out of their considerations the most proper of the human being, his own subjectivity. This article aims to propose just a few examples of how mental health is organized around questionnaires, clinical guidelines and unifying protocols.

**Key words:** Subjectivity, scientism, clinical guidelines, protocols.

### Algo parecido a cuestionar

Establecer de serie como legítimo, válido, sano, adaptativo, normal... lo que guarda determinadas formas o reúne determinadas condiciones objetivas, formales, observacionales, conductuales... Y por contra, cuestionar o poner en duda la validez de otras variantes sólo por el hecho de se alejen de esos criterios formales, me parece una forma de violencia. ¿No se sienten los sujetos violentados al ser mirados, señalados, interrogados sobre la validez de sus posiciones subjetivas sólo por el hecho de que éstas no sean compatibles con las marcas externas y objetivas que define el cientificismo o la curva de Gauss? ¿No tendrá más sentido entender los fenómenos

humanos en función del contenido subjetivo, del sentido, de la función a la que sirven y a partir de ahí valorar, si es que es necesaria una valoración, la contribución que hacen al bienestar o malestar del sujeto y del colectivo del que forma parte?

El cientificismo actual progresa sustrayendo el factor sujeto; dejando al sujeto excluido por método. Se parte de algún dato extraído de un campo reducido de análisis medible y se extiende a la totalidad de la vida. Este salto reduccionista no sólo no tiene base científica sino que está al servicio de cierto ejercicio de poder y responde muchas veces a intereses económicos y políticos. Los datos con los que puede manejarse el método científico, sólo pueden ser aplicables



a las neurociencias y la conducta visible. Pero, ¿qué dicen esos datos de cada sujeto? Poco o nada, pues el inconsciente, el deseo, la función del síntoma no se dejan atrapar por fórmulas matemáticas universales. No quiero dar una idea generalizada de desprecio a la ciencia como tal, pues su utilidad es base del conocimiento, pero sí critico su posición absolutista, no pudiendo dejar de subrayar aquello que queda por fuera de su campo.

El profesional de la salud mental no puede resignarse con pensar el trastorno mental sólo como una enfermedad del cerebro o una desviación de la conducta. Sin duda que los avances en neurociencias, así como la observación de la conducta son imprescindibles, pero dejan fuera de su campo la mayor parte del sujeto. Es por ello que cualquier modelo diagnóstico y cualquier aplicación terapéutica, tendría que poder contemplar que el cuerpo y la conducta son algo más que lo puramente mensurable.

Sumado al cientificismo está la problemática del modelo capitalista en el que la existencia misma, en todas sus dimensiones, ha entrado en un proceso de cálculo y protocolización. La vida y la muerte, la enfermedad y la salud, se administran como otras tantas mercancías. Además se ofrecen los objetos como la solución a la insatisfacción estructural del deseo, oferta que llevada al extremo es justamente lo que causa patología, dada la imposibilidad de esta solución.

### Algo parecido a diagnosticar

Desde que empieza el desarrollo evolutivo más temprano, aparecen ya ejemplos de variabilidades individuales y desviaciones de la norma; de esa norma óptima, ideal, esa norma que no tiene irregularidades, ni dificultades, ni malestares...

Variabilidades que en la medida en que pasan por la ciencia actual pueden convertirse en patología, de acuerdo a unos criterios de diagnóstico, rígidos y universales que no dan cuenta de la diversidad de procesos y de sujetos. Esta conversión de lo variable en patológico ya es problemática cuando es sostenida desde el discurso profesional pero se vuelve aún más conflictiva cuando en la era de la información todos somos

un poco profesionales y el saber se banaliza a golpe de buscador en internet.

- Madres que alertan unas a otras sobre el cólico del lactante que ha dejado de ser parte de un proceso madurativo necesario del sistema digestivo del bebe, para convertirse en una enfermedad que requiere asistencia médica y tratamiento farmacológico.

- Dificultades en el sueño infantil que se manualizan y se convierten en best sellers de la divulgación, con el simplismo de un abordaje único y para todos igual, que no toma en cuenta no sólo las variabilidades de temperamento y regulación fisiológica, sino tampoco repara en qué se juega en el vínculo madre-bebe a la hora de dormir.

- Profesionales de distintos ámbitos como pediatras, orientadores o cuidadores de guardería que diagnostican retrasos en el desarrollo (motricidad, control de esfínteres, lenguaje, socialización...) con la ligereza del que no sabe el efecto de una etiqueta diagnóstica en el mundo simbólico del niño y de los que le rodean. Retrasos que pueden ser correctamente descritos si tomamos solamente el criterio cronológico pero que puede que se desvanezcan si dejamos que el tiempo y la reorganización subjetiva sigan su propio curso que no puede ser en todos igual y en el mismo tiempo.

- Equipos de Atención Temprana que reciben niños y niñas marcados no por una dificultad que puede necesitar apoyos e intervenciones sino por un diagnóstico que es requisito imprescindible para poder realizar la derivación en el programa informático de turno, diagnóstico suele vivenciarse como certeza de tara, de limitación, cronificando una mirada y un trato sesgado por la dificultad concreta y no por la globalidad del ser. Diagnósticos que muy rara vez se borran, se cambian, se matizan y que marcan identidades que son más fácilmente estructurables alrededor de un criterio externo y médico que en el difícil devenir de una individuación y subjetivación siempre incierta y deseante.

Un caso especialmente significativo y con efectos devastadores es lo que está ocurriendo desde hace algunos años con el autismo. Cualquiera

signo en la primera infancia que tenga que ver con la inhibición y el retraimiento social es fácilmente asociado con la sospecha de autismo sin tener en cuenta que alguno de los signos externos y formales asociados al “autismo” pueden también ser señales de la variabilidad del desarrollo infantil o síntomas de alguna situación o proceso emocional que genera sufrimiento y que suele ser taponado con el diagnóstico. La patologización precoz de la diversidad individual puede funcionar a modo de ese efecto pigmalion o profecía autocumplida que estudiábamos en la carrera.

De hecho, para simplificar lo complejo y con el bienintencionado fin de la detección precoz, la prevención y la intervención temprana, se creó un instrumento de screening M-CHAT, que en muchas ocasiones se utiliza como instrumento diagnóstico y que en el caso del Servicio Andaluz de Salud es el requisito necesario para derivar a un niño a los Servicios de Atención Temprana. Por si no lo conocéis el M-CHAT es un protocolo de 23 ítems dicotómicos que puede ser aplicado por el pediatra, MAP o DUE o incluso autoaplicado por los mismos padres cuando él bebe tiene 18 meses de edad y que en menos de 20 minutos indica sospecha de autismo.

Algunos de los ítems discriminativos son:

- ¿Se interesa su hijo por otros niños?
- ¿Usa alguna vez su hijo el dedo índice para señalar o indicar interés por algo?
- ¿Alguna vez su hijo le ha llevado objetos para mostrarle algo?

Este tipo de cuestionarios a rellenar por padres o profesores suponen una disimetría entre la enfermedad del niño y la salud del observador, como si cualquier observación pudiera ser aséptica y estar exenta de la propia subjetividad del que observa. Ante un mismo niño, diferentes observadores darán diferentes respuestas y en ellas está implicada lo individual y propio de cada sujeto, lamentablemente el que mira no siempre tiene una mirada tan limpia de conflictos como le suponen estas formas de diagnosticar.

En cualquier caso, este método es coherente con una conceptualización simple del autismo que lo entiende como un déficit neurocognitivo sin des-

cubrir y por lo tanto también es coherente el tratamiento a aplicar, que consiste en eliminar las conductas que no se ajustan al patrón normativo e insertar las conductas que le faltan. El sentido que puede tener para cada niño las conductas “inadaptadas” o la función que cumplen las inhibiciones son totalmente ignoradas, aplicándose un para todos igual que borra al sujeto y la forma estrictamente propia con que cada persona nos enfrentamos al mundo al que llegamos.

Similar escena nos encontramos cuando años más tarde es necesario (o así nos lo hacen creer), un diagnóstico de TDAH para poder ser objeto de apoyo escolar cuando el niño presenta variabilidad en los tiempos de autoregulación del movimiento o alguna dificultad en su adaptación al contexto educativo. No me detendré a analizar la forma y el fondo de este diagnóstico pues el año pasado tuvimos en estas mismas jornadas una estupenda mesa al respecto y porque el funcionamiento es bastante similar al descrito para el autismo. Condicionar las intervenciones, los apoyos, los cuidados de menores que pueden encontrarse con dificultades a la emisión de un diagnóstico supone cercenar las posibilidades de solución propia para sus dificultades que cada sujeto puede ir construyendo, solo o acompañado, pues dichos diagnósticos conllevan unas causas pseudo-biológicas, unos tratamientos farmacológicos y una garantía de evolución y pronóstico que dejan poco espacio o ninguno para la pregunta por el sujeto y para la búsqueda de una solución propia al sufrimiento. Se puede acompañar e intervenir sin diagnosticar.

Con el mismo objetivo de alterar el supuesto curso crónico y negativo de la mal llamada enfermedad psicótica surge el concepto de EMAR, Estados Mentales de Alto Riesgo. Concepto que trata de sistematizar una detección precoz de la psicosis con el objetivo de realizar una intervención temprana, mejorar su curso y pronóstico.

Dado el gran énfasis que está recibiendo este concepto con artículos, capítulos de libros, guías clínicas, protocolos de consejerías de salud, entrevistas estructuradas... suponemos que los lectores conocéis qué tipo de signos se utilizan para clasificar a un adolescente como de alto riesgo de desarrollo de psicosis. Por si acaso, comparto



sólo algunos de los ítems que recoge la entrevista estructurada (he recogido exclusivamente los síntomas básicos de la clasificación de Huber):

- ***¿Ha tenido dificultades para concentrarse (dificultades para escuchar a otros, ver la televisión, leer)?***
- ***¿Ha notado algún cambio en sus sentimientos, o emociones, por ej. sentir que no tiene sentimientos, sentir que sus emociones están vacías, o que sus emociones no son de alguna manera auténticas? ¿Ha habido algún cambio en la forma en que maneja sus emociones?***
- ***¿Ha sentido falta de energía-mental y física? ¿Está cansado/a, o le falta motivación o iniciativa? ¿Le falta fuerza de voluntad? ¿Falta de fuerza física?***
- ***¿Ha notado algún cambio en su forma de moverse, por ej. torpeza, falta de coordinación, dificultad para organizar sus actividades o movimientos, pérdida de movimientos espontáneos?***
- ***¿Ha sentido alguna vez sensaciones extrañas en su cuerpo (p. ej. sentir que partes de su cuerpo han cambiado de alguna manera, o que funcionan de forma diferente)?***

Como decía antes, el objetivo de detectar los EMAR es prevenir la enfermedad antes de que aparezca. Podríamos pensar que es un objetivo muy loable si no tuviéramos serias dudas sobre la posibilidad de saber cómo se van a desarrollar los síntomas y con ellos las personas que los ostentan. Igual que tenemos serias dudas de que los indicadores utilizados sean propios de una estructura psicótica o más bien puedan ser experiencias adecuadas y propias de un momento evolutivo como es el de la adolescencia o que puedan estar provocados por numerosas situaciones de malestar objetivo o subjetivo. De alguna manera, el categorizar ciertas experiencias subjetivas que no llegamos a comprender racionalmente como EMAR, violenta la libertad de cada sujeto, imponiendo por medio de estudios de probabilidad un curso desolador del que solo podrá librarse si se ajusta a nuestra intervención, que lejos de ser clínica, en el sentido más clásico de la palabra, es categorizadora, li-

mitadora y estigmatizante. Más bien me parece que este nuevo concepto trata de ajustar dentro de una “normatividad” las diversas experiencias subjetivas propias de una etapa vital tan variada y amplia como es la adolescencia. Qué mejor forma de control social que tener observada, mirada, registrada e intervenida a la gran mayoría de la adolescencia. No defiendo el abandono de esos adolescentes con experiencias subjetivas en algunos casos angustiantes, sino apelo al acompañamiento respetuoso y la confianza en el libre discurrir de cada sujeto para con los avatares de su psiquismo.

### Algo parecido a tratar

Los ejemplos citados hacen referencia a la tendencia cercenadora de lo subjetivo en el momento del diagnóstico pero podemos encontrar la misma forma de operar en relación al tratamiento. Podemos empezar por el tratamiento farmacológico.

Se prescribe la sustancia sin saber nada del origen del malestar y en la próxima consulta ya no será el sujeto el que acuda con su malestar sino un objeto (persona medicada) sobre el que habrá que efectuar los cambios oportunos hasta lograr el ajuste (subir, bajar, añadir, cambiar...) y este efecto se produce no solo en el profesional sino también en la persona tratada que obvia cualquier referencia a sus circunstancias vitales, sociales, personales que le permitan preguntarse por su malestar y centra el mismo en la ineficacia del fármaco.

Por otro lado, y dejando de lado qué criterio utiliza cada psiquiatra para elegir una u otra medicación y sin contar con la intromisión de la actividad comercial, me pregunto por el proceso de elaboración de las guías clínicas que se supone deben guiar la prescripción más allá de la publicidad de visitantes médicos. La elaboración de las Guías está basada principalmente en la búsqueda de la mayor evidencia científica por medio de publicaciones de estudios en las bases de datos internacionales. Si pensamos en los criterios requeridos para que un estudio sea publicado o simplemente considerado estudio, nos damos cuenta que toda aproximación que no sea objetiva, medible, cuantificable, modificable y repetible no tiene cabida. Toda la subjetividad desde la

que nace el ser humano queda fuera del método científico, de los estudios, de las publicaciones y por tanto de las guías clínicas. No es un problema de metodología, es un problema de epistemología difícil de resolver por vías técnicas.

Una de las ventajas que se le atribuyen a las guías clínicas es que “*tienen la potencialidad de reducir la variabilidad*”. Tengo serias dudas de que reduciendo la variabilidad se pueda mejorar la práctica clínica. Resulta curioso que el método científico necesite que sus variables no tengan variabilidad a pesar de su nombre. Las Guías de Práctica Clínica, los Protocolos de Actuación, los Procesos Asistenciales Integrados, los Manuales de Intervención... tienen como objetivo unificar la práctica de los profesionales en pos de una mejor atención. Lo que no cuentan es que maximizando dicho objetivo se violenta y se atenta contra la propia subjetividad de los profesionales. Subjetividad que se hace presente en diferentes orientaciones teóricas, en la adaptación de cada técnica a cada paciente concreto y en el irremediable hecho de pasar por la propia persona del profesional. Entender que la relación terapéutica deba dejar de lado lo más propio de la persona del profesional para guiarse por las indicaciones de prescripciones con evidencia, es tratar de cercenar algo propio del ser humano, su perspectiva relacional.

Similar enfoque le podemos dar a las intervenciones psicológicas que el sistema de salud pretende imponer de manera sistemática y con finalidad unificadora. Bajo el prisma de la evidencia disponible, las técnicas psicológicas sólo pueden alcanzar el rótulo de comprobadas científicamente aquellas que puede aislarse, medirse, replicarse y generalizarse por lo que la utilidad que pueda tener cualquier intervención que no cumpla esos requisitos queda completamente en el olvido de los manuales y los protocolos.

Manuales que ofrecen un número de sesiones concreto, con unas actividades concretas, y que osan a adivinar cuál debe ser la respuesta concreta de cada uno de los sujetos tratados como objetos y sometidos a sus recomendaciones. Difícil, si no imposible, aun estando convencido y entregado a la manualización, que algún profesional pueda seguir paso por paso las indicaciones de la evidencia. Los “malditos” sujetos siem-

pre suelen salirse de lo esperado y o nos obligan a improvisar fuera del manual o nos obligan a forcluir la subjetividad de ambos, subjetividad que no ha sido ni puede ser manualizada.

Esta obstrucción de la subjetividad del profesional en el tratamiento que defienden determinados modelos, es complementaria a la restricción de la subjetividad del paciente que debe seguir paso por paso el modelo de recuperación que se propone desde el profesional. El ejemplo más característico de esta violencia lo encontramos en el modelo de rehabilitación.

No quiero extenderme mucho en describir como abordan las Guías o los Plantes de Tratamiento Integral de nuestros servicios la intervención con los llamados TMG pero dichas intervenciones marcan un modelo de recuperación basado en la aceptación del tratamiento farmacológico de forma crónica, en la conciencia de enfermedad del paciente, en la identificación del paciente como enfermo en el contexto familiar y también en el contexto social por la vía de solicitudes de minusvalía, incapacidades, pensiones no contributivas o ayudas vinculadas a la enfermedad.

Aquella persona que se resista a la identificación con la etiqueta, aquella que no pase por la confesión de saber que su ser es un ser deficitario y que su realidad vital no es más que un síntoma, aquella persona que a pesar de sentirse en dificultades rechace aprovecharse del estado de bienestar en nombre de una desresponsabilización... todas esas personas son concebidas como pacientes con mal pronóstico.





He querido recoger sólo algunos de los ejemplos más evidentes de cómo la subjetividad de todos los implicados en la atención sanitaria en Salud Mental se ve violentada, suprimida, despreciada en pos de una supuesta mejor atención.

Pero la subjetividad es tozuda y estoy convencida que cuanto más se le trata de cercenar, más vías encuentra para sobrevivir y hacerse presente por las grietas y agujeros que todo absolutamente tiene.

#### **Contacto**

Soraya González Rábago • sorayuca@gmail.com

Calle Escalzo nº3 • 11009 Cádiz

Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Cádiz

- Recibido: 27/1/2017.
- Aceptado: 2/4/2017.

# Evaluación cualitativa de la experiencia de participación y empoderamiento en un grupo de usuarios asistentes a un dispositivo de Rehabilitación Psicosocial de la ciudad de Madrid (España).

## *Qualitative assessment of the experience of participation and empowerment in a group of users attending a Psychosocial Rehabilitation center in the city of Madrid (Spain).*

**Luis Fernando Muñoz.** Psiquiatra, director médico RECUPERARTE IPS Pereira (Colombia).

**Mariano Hernández Monsalve.** Psiquiatra, Servicios de Salud Mental, distrito de Tetuán - H.U. La Paz, Madrid.

**Carolina Mariño Rodríguez.** Médica general, gerente RECUPERARTE IPS. Pereira, Colombia.

**Ricardo Sánchez.** Psiquiatra, docente Universidad Nacional de Colombia.

**Resumen:** El empoderamiento de los pacientes con enfermedad mental y sus familiares desempeña un papel crucial en sus procesos de recuperación y rehabilitación psicosocial. El presente artículo pretende enfocarse en la experiencia de participación en sus procesos de rehabilitación de un grupo de usuarios que asisten a un dispositivo de Rehabilitación Psicosocial (Centro de Rehabilitación Psicosocial y Centro de Día) como una manera de evaluar la experiencia individual de los usuarios e identificar las barreras personales, profesionales y estructurales que dificultaron su participación.

**Palabras clave:** Empoderamiento, participación, Plan de Rehabilitación Psicosocial (PIR), trastorno mental grave, salud mental, recuperación.

**Abstract:** The empowerment of patients with mental illness and their families plays a crucial role in their recovery and psychosocial rehabilitation processes. This article aims to focus on the experience of participating in its rehabilitation processes of a group of users who attend a Psychosocial Rehabilitation (Psychosocial Rehabilitation Center and Day Center) as a way to evaluate the individual experience of the users and Identify the personal, professional and structural barriers that hindered their participation.

**Key words:** Empowerment, participation, Psychosocial Rehabilitation Plan, Severe mental disorder, mental health, recovery.

**Agradecimiento:** Al personal de la línea de Rehabilitación Psicosocial (LRHP) de Retiro en la ciudad de Madrid (España), por la colaboración en la realización del presente estudio.



## Introducción

El empoderamiento de los pacientes con enfermedad mental y sus familiares desempeña un papel crucial en sus procesos de recuperación y rehabilitación psicosocial (1). Existen muchas definiciones respecto al empoderamiento: La OMS define el empoderamiento como “el grado de elección, influencia y control que los usuarios de los servicios de salud mental pueden ejercer en los acontecimientos que se producen en sus vidas” (2). Para Zimmerman (3) es la “habilidad de la gente para comprender y controlar las fuerzas personales, políticas, sociales y económicas para tomar decisiones que mejoren sus vidas”. Rappaport (4) sin embargo lo entiende como “el poder que ejercen los individuos sobre sus propias vidas, a la vez que participan democráticamente en la vida de la comunidad”. Ortiz-Torres (5) lo define como “el proceso por el cual los individuos, grupos, organizaciones y comunidades desarrollan un sentido de control sobre sus vidas para actuar eficientemente en el ámbito público, tener acceso a recursos y promover cambios en sus contextos comunes”.

Por tanto, es claro que de acuerdo con los principios del empoderamiento, los usuarios son los protagonistas y actores principales del proceso de recuperación y rehabilitación psicosocial, siempre y cuando tengan voz y voto en las decisiones que se tomen respecto a su tratamiento, es decir, se considera que el empoderamiento es la puerta de entrada a la participación activa y real de los pacientes en sus tratamientos tanto farmacológicos como psicosociales. El tema del empoderamiento en salud mental se ha venido trabajando recién de manera reciente, desde los años 70 del siglo pasado, con el desarrollo de la psiquiatría comunitaria, con las repetidas denuncias sobre la violación de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental grave y desde luego con el movimiento del *empowerment* de las minorías y la emergencia concurrente de las asociaciones de usuarios y cuidadores (6).

Está demostrado que el empoderamiento de las personas usuarias de los servicios de salud mental produce efectos positivos en los aspectos biológico, psicológico y social, que se traduce inicialmente en un aumento de la autoestima y

un mayor sentido de pertenencia e implicación en la sociedad, es decir, bienestar emocional que aporta, incluso, estrategias efectivas para sobrellevar la enfermedad (7).

Es claro que en la psiquiatría contemporánea en la cual predomina un modelo biológico de atención, separado de las otras áreas de atención, tanto médicas como psicológicas, ha predominado un principio de atención basado en la beneficencia y el paternalismo (o dependencia y sumisión), donde el/la profesional se encarga de tomar las que considera son las “mejores” decisiones para sus pacientes (8). Esta situación ha llevado a una situación de desempoderamiento de los usuarios en varios niveles: A nivel social, el estigma está presente en todas las sociedades y existen muchos impedimentos para que se produzca un acceso pleno al empleo y a otras actividades de carácter social. En los niveles de organización y prestación de los servicios, los usuarios carecen de información, no son consultados y, en muchas ocasiones, no son tratados correctamente. Por último, en el aspecto individual y como consecuencia de lo anterior, la persona termina internalizando el estigma (9).

Dentro de estas estrategias mencionadas, el presente trabajo pretende conocer los procesos de participación en los Planes Individualizados de Tratamiento (PIR) de un grupo de usuarios que asisten a un dispositivo de Rehabilitación Psicosocial como una manera de evaluar la participación de los usuarios e identificar las barreras personales, profesionales y estructurales que la dificultaron. Pero antes de continuar, es pertinente definir qué es el PIR.

La política sanitaria en salud mental en España está recogida en la Estrategia en salud mental aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2007, en la cual se menciona que uno de los objetivos a cumplir por las Comunidades Autónomas es “Establecer, para las personas con trastornos mentales en tratamiento, un plan individualizado de atención”.

Dicha estrategia establece que el Plan Integrado de Atención para los Trastornos Mentales Graves, reflejado por escrito en el historial clínico del paciente, continuamente actualizable, recoge los siguientes cuatro aspectos (10):

- La evaluación de necesidades de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, así como la previsión de posibles situaciones de riesgo.
- La programación de todas las actuaciones necesarias para dar respuesta a estas necesidades, y los criterios y plazos para la evaluación de su efecto.
- El acuerdo entre el equipo de salud mental, los de otros servicios que podrían estar involucrados en el caso, el paciente y/o el cuidador responsable acerca de esta programación.
- El nombre del miembro del equipo que será responsable de su ejecución y de las personas de referencia, en cada uno de los dispositivos que el paciente pueda utilizar.
- Tiene en cuenta los deseos y expectativas de la persona.
- Está consensuado con el usuario y su familia.
- Hay una implicación activa del usuario y de la familia en la confección y desarrollo del PIR.
- Incluye salidas reales de inserción.
- Contempla la evaluación continuada de los resultados y admite cambios y modificaciones en función de los resultados que se van obteniendo.

Además, un PIR incluye las siguientes partes de manera imprescindible (12):

El PIR es una metodología de trabajo estructurada en su estructura y en su desarrollo. Es lo que identifica la filosofía de la rehabilitación psicosocial y el vehículo que posibilita el desarrollo y éxito del trabajo. El PIR es una programación del trabajo rehabilitador, una propuesta que marca toda la intervención y guía lo que se hace y cómo se hace con la persona. Prepara las líneas de la intervención y tiende puentes entre los objetivos y prácticas de rehabilitación concretas (11).

- Objetivos.
- Temporalización de los objetivos.
- Intervenciones que se van a administrar.
- Secuencia de aplicación de las intervenciones.
- Seguimiento de consecución de los objetivos.

Cuando se ha hecho una buena evaluación se posibilita elaborar un buen PIR y ajustarlo a la realidad de la persona evaluada, y permitirá conocer a todos los actantes qué hacer y el por qué hacerlo.

La realización del PIR incluye en su etapa final la devolución del documento borrador al usuario y sus familiares, en el cual es importante explicar y negociar el PIR con el paciente, explicando la conexión entre las necesidades detectadas y los objetivos propuestos, a través de la construcción de un modelo explicativo comprensible para el paciente, con la posterior explicación de la intervención (13). Finalmente, la devolución busca lograr el consentimiento del paciente para la ejecución de las intervenciones propuestas, con la firma del documento final como reflejo de la aprobación del usuario. Se cree que éste debe ser un proceso netamente participativo e incluyente, en el cual se establece un contrato entre un equipo multidisciplinario y el paciente y sus familiares, asumiéndose en la práctica que esto suele ser así y en la realidad parece que esto no siempre sucede. El presente trabajo pretende conocer en profundidad el conocimiento, opinión y tipo de participación que los usuarios de un dispositivo de Rehabilitación Psicosocial de la ciudad de Madrid (España) tienen tras su experiencia de participación en él.

Dicho plan debe tener las siguientes características (12):

- Se justifica por los resultados de la evaluación y las conclusiones obtenidas en la formulación del caso.
- Presenta un resumen de los déficits, problemas y también los recursos y competencias.
- Es secuencial, es decir, de complejidad creciente.
- Es individual.
- Delimita los objetivos con claridad.
- Delimita los tiempos de intervención.
- Presenta una adecuación al contexto de la persona.

## Materiales y métodos

Estudio cualitativo y descriptivo basado en la realización de una entrevista individual semies-



estructurada a una muestra de 7 usuarios de los dispositivos de atención del centro (CRPS, CD) y una sesión de grupo focal convocado por los profesionales del centro en la cual participaron 6 usuarios que de manera libre y espontánea decidieron asistir, bajo la supervisión de un psiquiatra con experiencia en el manejo de grupos y en compañía de un psicólogo del centro que ejerció rol únicamente como observador.

La selección de los usuarios para las entrevistas individuales se basó en una convocatoria realizada por la directora y los psicólogos del centro a aquellos usuarios que estuvieran dispuestos a participar en la investigación, definiendo un número de 7 personas para ser entrevistadas. Las entrevistas fueron grabadas en medio digital, previa firma del consentimiento informado por parte de cada usuario.

Los audios de las entrevistas individuales fueron transcritos de manera textual y las transcripciones fueron revisadas de acuerdo a una lista de evaluación de las preguntas realizadas a cada usuario. Para controlar el sesgo subjetivo, un evaluador independiente revisó las transcripciones de las entrevistas y también diligenció el formato de evaluación de las preguntas realizadas. Posteriormente, se clasificaron las respuestas obtenidas a las preguntas por separado y una vez obtenidas las 2 tablas de evaluación, se discutió el diseño en aquellas que no coincidían, alcanzando un consenso final entre los dos evaluadores mediante la realización de una tabla final, estimando el grado de acuerdo mediante una medida de concordancia como la Kappa de Cohen (14, 15).

Para el componente cualitativo del presente estudio se utilizó el método de grupos focales. Los candidatos para participar en los grupos fueron pacientes que hubieran asistido a un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Centro de Día en la ciudad de Madrid. Manejando un criterio de muestreo no probabilístico se efectuó una convocatoria a los candidatos, teniendo en cuenta los siguientes criterios de elegibilidad: i) estar clínicamente estables. ii) tener capacidad de socialización para poder participar en un grupo focal. iii) tener disponibilidad de tiempo para asistir a la reunión del grupo focal. iv) dar consentimiento para participar en el estudio. Con

estos criterios se completaron seis pacientes que estuvieron dispuestos a participar en la investigación y autorizaron que la sesión del grupo fuera grabada. El encargado de la conducción del grupo fue un profesional con entrenamiento en la conducción de grupos y en investigación cualitativa. La grabación de la sesión de grupo fue transcrita al pie de la letra. Esta transcripción constituyó el material de análisis del grupo focal. Se buscó que los conceptos emergieran de dicho material, sin anteponer supuestos teóricos previos; esto supuso la utilización de un enfoque temático inductivo (16). La transcripción de la sesión fue revisada de manera independiente por dos investigadores, uno de los cuales asistió a la reunión del grupo focal. Luego de esta revisión los dos investigadores se reunieron para aclarar aspectos relacionados con el material de análisis. Posteriormente cada investigador, nuevamente de manera independiente, realizó una pre-codificación de categorías. Los resultados de la pre-codificación fueron contrastados en un cara a cara entre los dos investigadores para llegar a un consenso sobre las categorías finales de codificación. El último paso consistió en relacionar las anteriores categorías con los objetivos planteados en el estudio. Para el manejo de los datos cualitativos ambos investigadores utilizaron el programa ATLAS-ti; esta herramienta facilita el proceso de codificación, permite organizar más fácilmente los códigos en supra-categorías o familias y permite detectar relaciones y conexiones entre códigos o grupos de códigos. Para intentar mantener la validez de los resultados de los análisis y reflejar la veracidad se ejecutaron procesos iterativos (más de un análisis, lecturas repetidas del material, pre-codificación y codificación de temas) y se transcribieron al pie de la letra fragmentos de la sesión de grupo.

## Resultados

Con respecto a las entrevistas individuales, se realizaron un total de 7 entre el 14 de mayo y el 2 de junio de 2015, con una duración media de 41,43 minutos, a 5 usuarios del CRPS (Centro de Rehabilitación Psicosocial) y a 2 usuarios del CD (Centro de Día). El contenido total fue transcrito y entregado para análisis a dos evaluadores independientes para que diligenciaran una hoja de evaluación de resultados. Los datos narrativos de las entrevistas fueron analizados por dos ana-

listas que realizaron una triangulación de todos los datos textuales.

Posteriormente, se realizó un análisis de concordancia entre los observadores mediante la realización del índice Kappa, con un índice de 0,432 (EE: 0,059, IC 95%: 0,317-0,548). Por tanto, el grado de acuerdo alcanzado entre los evaluadores fue confiable. Se podría contemplar como causa que el grado de acuerdo no fuese mayor que los evaluadores de las entrevistas eran de diferentes disciplinas (uno médico psiquiatra y el otro médico administrativo) y que uno de ellos fuera el investigador principal, que conocía a algunos de los usuarios entrevistados así como se había encargado del diseño del guion de entrevista, interpretando de manera diferente los comentarios y afirmaciones realizadas por los participantes. El desacuerdo se centró principalmente en preguntas que fueron calificadas como “dudosas/no contestadas” por el evaluador independiente y como Sí o No por el evaluador inicial.

Los principales hallazgos de las entrevistas individuales fueron los siguientes, colocando en la Tabla 1 los verbatim, que ejemplifican lo encontrado:

- A la mayoría, les dieron información del centro al usuario antes de incorporarse al proceso de rehabilitación.
- Al incorporarse al centro, la mayoría recibieron información de los programas ofertados en el mismo.
- Al incorporarse al centro, a la mayoría les hablaron de las actividades que podrían realizar.
- El total de los entrevistados desconoce el significado del término PIR.
- Solo un usuario manifestó haber firmado su PIR.
- La mayoría de usuarios manifiesta conocer sus objetivos de tratamiento en el centro.
- A la mayoría de usuarios les parece poco importante firmar su PIR.
- Todos los entrevistados conocen su tutor al interior del centro y consideran que cuentan con los mecanismos suficientes para hablar con éste cuando lo necesitan.
- Pocos usuarios recuerdan cuáles fueron las áreas de funcionamiento que les evaluaron al ingresar al centro.
- La mayoría de usuarios tienen claros cuáles han sido los problemas o prioridades que ven como más importantes para trabajar en el centro.
- Todos los entrevistados creen que coinciden sus objetivos personales con los objetivos planteados por el centro.
- Todos los entrevistados manifiestan que fueron en algún momento de la evaluación entrevistados por varios profesionales (psicología, T.O., educador social).
- Todos los entrevistados manifiestan que sus familiares fueron valorados en algún momento de la evaluación.
- La mayoría de entrevistados consideran una ayuda o aportación a su proceso de rehabilitación la participación y colaboración de su familia.
- La mayoría de entrevistados no tiene un plan de crisis escrito, en caso de descompensación clínica, diseñado al interior del centro.
- La mitad de los entrevistados no conocen los mecanismos de participación de los usuarios con los que cuenta el centro.
- Sin embargo, todos califican de manera positiva su experiencia de participación en el diseño y ejecución de su PIR.
- La mayoría de entrevistados no recuerdan o no tuvieron ninguna reunión con su tutor de devolución o explicación de su PIR al finalizar la fase de evaluación.
- Sin embargo, la mayoría creen que sus sugerencias fueron incorporadas en la versión final de su PIR.
- Sólo un usuario entrevistado manifestó tener una copia escrita de su PIR.
- Casi ningún usuario ha realizado sugerencia alguna para modificar su PIR.
- Todos los usuarios consideran que sus opiniones al interior del centro son escuchadas y tenidas en cuenta de manera adecuada.



- Todos los usuarios creen que existen dentro del centro algún/os profesional(es) que estimulen y faciliten los procesos de participación de los usuarios.
- Casi ningún usuario manifiesta propuesta alguna para mejorar su participación actual en el desarrollo de su PIR.
- La mitad de los usuarios manifestaron tener alguna propuesta respecto al contenido de su PIR.
- Pocos usuarios plantean recomendaciones al centro para mejorar los mecanismos de participación de los usuarios.
- Todos los entrevistados manifestaron que su familia está al tanto de lo que están haciendo en el centro.

Con respecto al grupo focal, se realizó una única sesión de grupo el 10 de junio de 2015, en la que participaron 6 usuarios (4 del CRPS y 2 del CD).

De acuerdo con la codificación efectuada sobre las transcripciones se establecieron siete categorías; para cada una de ellas se efectúa un comentario relacionado con su conceptualización y se presentan transcripciones que buscan apoyar la interpretación dada a los datos:

1. **Papel de la familia:** Se identifica a la familia como un elemento central en el proceso terapéutico. En varios apartados de la discusión se hizo énfasis en que no solamente es importante la participación del usuario, sino de su familia. Un aspecto en el que se hace énfasis sobre la participación de la familia es para que reciban educación sobre el proceso de la enfermedad del paciente. Para algunos participantes, la falta de involucramiento de la familia en el proceso terapéutico se relaciona con una falta de información sobre lo que es la enfermedad mental. También se plantea la participación de la familia para que se beneficie directamente del proceso terapéutico.
2. **Enfermedad mental y estigma:** El rechazo que supone tener una enfermedad mental es una barrera detectada por los pacientes para su recuperación. Incluso, este estigma es percibido a nivel familiar. Algunos pacientes proponen que se organicen estrategias específicas para contrarrestar ese estigma: Otra estrategia

planteada por los pacientes para enfrentar el estigma es a través de educación masiva repartiéndolo material impreso.

3. **Características del buen terapeuta:** Más que en aspectos técnicos, el buen terapeuta es descrito en términos de su calidad humana.
4. **Importancia de los primeros momentos de contacto con el centro:** El contacto inicial con el equipo terapéutico es visto con incredulidad.
5. **Síntomas de enfermedad mental que se socializan:** Hay algunos síntomas que los pacientes expresan repetidamente en la discusión. Algunos se relacionan con el aislamiento o incompetencia social. Otro síntoma frecuentemente socializado es la minusvalía.
6. **Farmacodependencia:** El uso patológico de sustancias aparece como un aspecto frecuentemente mencionado por los pacientes en el grupo. Llama la atención que esta situación trata de explicarse o justificarse de diferentes maneras.
7. **Elementos reconocidos como terapéuticos:** Aunque ya en una categoría previa se destacan algunos elementos terapéuticos (actitud humana del terapeuta) otros aspectos que se mencionan son la posibilidad de interactuar con personas reconocidas como normales, la posibilidad de sentirse escuchado, la actitud neutral del terapeuta, reconocer la existencia de problemas mentales incluso en los terapeutas.

## Discusión

Empoderar a los usuarios que acceden a los servicios de salud mental de manera activa y continua es una tarea fundamental que permite eliminar barreras de atención y les da el mayor protagonismo a los usuarios como actores fundamentales en sus procesos de recuperación y rehabilitación. Mejorar las percepciones de elección y escogencia ante crisis vitales, particularmente en lo relacionado con la salud mental, puede dotar a las personas de más recursos personales para tener en cuenta a la hora de tomar decisiones y enfrentar dificultades (17). Aunque los agentes externos de cambios, como los profesionales en salud mental, pueden catalizar el proceso de ganar poder o crear un ambiente de

apoyo, finalmente son las personas las que se empoderan a sí mismas, buscando realizar el mayor énfasis en promover la autonomía más que el énfasis actual en la beneficencia (19).

El empoderamiento puede mejorar la capacidad de una persona para pedir atención y ayuda, pero no lo suficiente para garantizar la recepción de la atención cuando barreras como la falta de atención psicosocial y el estigma acerca del diagnóstico y tratamiento de las personas con enfermedad mental están presentes (20). De hecho, una de las sugerencias de los usuarios entrevistados fue aumentar las campañas anti-estigma dirigidas a la población general. En una revisión sistemática de la experiencia de los usuarios de los servicios de salud mental (21), los investigadores revisaron 34 estudios, encontrando que la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud mental era moderadamente buena; sin embargo, el acceso a los servicios podría ser difícil debido a la falta de conocimientos y el estigma que rodea a la salud mental. El principal hallazgo de esta revisión es que mientras que las personas pueden expresar satisfacción con los servicios de salud mental, todavía hay preocupaciones en torno a tres temas principales: reconocer un problema de salud mental y buscar ayuda; la construcción de relaciones a través de la participación y la atención, y trabajar por la continuidad de la atención.

Dentro de los procesos de recuperación de las personas con trastorno mental grave, existen cuatro valores clave que sostienen el proceso y que surgen recientemente en la bibliografía acerca de la recuperación y de las experiencias de los propios afectados: orientación hacia la persona, implicación de la persona, autodeterminación y esperanza o potencial de crecimiento (21). En el ámbito de la salud mental, la toma de decisiones clínicas tiene 3 niveles descritos de participación: informada, compartida y pasiva (22, 23). Por tanto, esa autodeterminación se facilita dejando que los usuarios tomen decisiones, fomentando el sentido de empoderamiento y de identidad propia, mediante un enfoque colaborativo y no impositivo, que le devuelva a la persona el sentido de su vida más allá de un diagnóstico y un tratamiento. En un estudio sueco (24), los investigadores evaluaron 123 centros de día con el fin de valorar las percep-

ciones de empoderamiento de los asistentes a los programas de rehabilitación psicosocial, encontrando que la participación en actividades ocupacionales significativas y proporcionar programas que puedan generar la satisfacción del cliente son objetivos importantes para los centros de día con el fin de ayudar a los procesos de rehabilitación de los asistentes promoviendo el empoderamiento de los usuarios. Además, encontraron que el indicador más fuerte de empoderamiento era la autopercepción de salud, seguida por la participación ocupacional y la severidad de los síntomas.

En general, se evidencia que los usuarios evalúan de manera satisfactoria sus niveles de participación en las actividades planteadas, si bien se percibe un tipo de participación pasiva en la mayoría de los entrevistados, que estaría definida por llevar a cabo lo que los profesionales del centro les plantean sin aportar mayores sugerencias. Es claro que los centros implicados (CRPS, CD) ofertan una variedad de programas y actividades a los usuarios que plasman la mejor evidencia disponible en el campo de la rehabilitación psicosocial, acordes con los parámetros de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Por tanto, se podría mejorar la participación de los usuarios mediante una mayor *visualización* de los mecanismos existentes al interior del centro, ya que si bien la mayoría de usuarios manifestaban conocerlos, no los describían al preguntarles por ellos.

Las barreras personales identificadas que se evidencia dificultan la participación de los usuarios fueron:

- Altos niveles de conformismo con las opciones de tratamiento sugeridas por los profesionales del centro.
- Sintomatología negativa (aislamiento-minusvalía) asociada a la enfermedad mental, que dificulta la iniciativa a la hora de tomar decisiones o realizar sugerencias.
- Desconocimiento del contenido de sus PIR, que dificulta el aporte de nuevos contenidos.

Como barrera profesional identificada que se evidencia dificulte la participación de los usuarios se podría mencionar:



- Difusión insuficiente de los mecanismos existentes de participación de los usuarios al interior del centro.

Además, la única barrera estructural identificada que se evidencia puede dificultar la participación de los usuarios sería la siguiente:

- Estructuración de los programas basada en los lineamientos de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, con posibles dificultades para incorporar nuevas propuestas que se salgan de dichos lineamientos.

Finalmente, a continuación se sintetizan las sugerencias más relevantes encontradas a partir de los hallazgos del estudio:

- Socializar los PIR a todos los usuarios del centro, tanto la versión inicial como la definitiva, incorporando las sugerencias y propuestas que cada usuario realice y se consideren pertinentes y viables. Con respecto a la firma o no del documento definitivo, se podría contemplar que lo firmen sólo aquellos usuarios interesados en hacerlo.
- Fortalecer y aumentar la difusión de los mecanismos de participación de los usuarios existentes en el centro: Asambleas de usuarios, buzón de sugerencias, evaluaciones de los programas y servicios ofertados.
- Potenciar la participación de las familias en los procesos de rehabilitación psicosocial de sus familiares, teniendo en cuenta que es un área que los usuarios perciben como insuficientemente manejada tanto en las entrevistas individuales como en el grupo focal.
- Mejorar el enganche y la participación de los usuarios que ingresan al centro mediante la existencia de “ayudantes de terapeutas o co-terapeutas”, que serían usuarios que tengan experiencia en su proceso de rehabilitación psicosocial, cuya función sería explicar las actividades que se realizan y realizar el seguimiento telefónico de aquellos usuarios que dejan de asistir de manera súbita. Se considera que, debido a sus experiencias personales, los usuarios de los servicios de salud mental podrán empatizar mejor con las personas que sufren problemas similares y serán capaz de ayudarles a entender estos trastornos y desarrollar nuevas formas de gestionarlos (25). Los proveedores de apoyo a iguales o «compañeros especializados» (peer supporters) poseen un entendimiento empático de la situación y pueden utilizar esa experiencia compartida a la hora de trabajar con sus iguales (26). Una revisión de la literatura sugiere que existen 3 grandes categorías de intervención dentro del contexto del apoyo de iguales: el apoyo mutuo que surge de forma natural, la participación en programas gestionados por iguales y el uso de usuarios de los servicios de salud mental como proveedores del servicio y de apoyo (27).
- Diseñar un plan escrito de crisis a todos los usuarios asistentes al centro, bien sea durante los programas de psicoeducación y/o en las tutorías individuales, que sea consensuado con el usuario y/o sus familiares, como parte integral de todos los PIR.
- Realizar siempre una reunión de devolución o explicación del PIR con los usuarios al finalizar la fase de evaluación, incorporando las sugerencias y observaciones realizadas por los mismos.
- Incentivar la participación de los usuarios en los planes de mejora de las actividades y programas ofertados en el centro (CRPS, CD), contemplando la posibilidad de invitar a algún(os) usuario(s) a ser parte de las reuniones del equipo de profesionales y la dirección del centro, cuando se considere pertinente, así como desarrollar incentivos para los usuarios más participativos como herramienta motivacional.
- Desarrollar estrategias de contacto del centro con la comunidad que permitan contrarrestar el estigma asociada a la enfermedad mental, mediante estrategias como dar a conocer las actividades que se realizan al interior del centro y realizar educación masiva a través de la entrega de material impreso.
- Estimular entre los terapeutas el desarrollo y fortalecimiento de habilidades consideradas por los usuarios como cardinales de un buen terapeuta: Capacidad de escucha, actitud neutral, calidad humana y empática.
- Tener presente la farmacodependencia como una situación en la que el paciente asume poca responsabilidad de acuerdo a lo verbalizado en el grupo focal. Podría tomarse este aspecto

para tener en cuenta en las intervenciones terapéuticas realizadas al interior del centro.

## Conclusiones

- La participación de los usuarios que asisten a los servicios de salud mental es clave en la consecución de sus objetivos de tratamiento, por cuanto son estos los principales actores de sus procesos de rehabilitación psicosocial.
- La percepción de empoderamiento y participación de los usuarios que asisten a los centros de la investigación actual (CRPS, CD) es positiva por parte de los participantes del presente estudio, tanto aquellos que participaron de las entrevistas individuales como de los integrantes del grupo focal.
- Se evidencian niveles aceptables de participación de los usuarios entrevistados, tanto del CRPS como del CD, si bien deben ser mejorados y potenciados por ser percibidos aún como insuficientes.
- La realización de Planes Individualizados de Rehabilitación (PIR) implica su adecuada socialización y consenso con los usuarios, que son los principales protagonistas de sus procesos de mejora, incorporando las sugerencias y aportes que hagan los implicados al documento borrador, con el fin de desarrollar una versión final que incluya estos aspectos.
- Los familiares de los usuarios deben tener una importancia mayor que la ofrecida hasta el momento en los procesos de rehabilitación psicosocial, requiriendo una información adecuada sobre la enfermedad, mayor participación en la toma de decisiones que puedan repercutir en el núcleo familiar, así como recibir un adecuado apoyo emocional y técnico.
- Se deben visualizar y socializar de mejor manera los mecanismos de participación de los usuarios con los que cuentan los dispositivos de rehabilitación psicosocial, resaltando la importancia de los mismos en los procesos de mejora de los programas ofertados, así como ofreciendo incentivos a aquellos usuarios que mejor participan: Asambleas de usuarios, buzón de sugerencias, encuestas de evaluación de los programas.
- Es importante incorporar a los diversos procesos de acogida y enganche en los programas de rehabilitación psicosocial a los usuarios más experimentados, que podrían acompañar a aquellos que empiezan sus procesos de recuperación, teniendo la precaución de no afectar la reciprocidad de las interacciones y generar relaciones asimétricas (28).
- Se requiere la realización de estudios similares en varios centros y con mayor número de participantes para evaluar la percepción de los niveles de empoderamiento de usuarios asistentes a diferentes dispositivos de rehabilitación psicosocial. Los resultados de este trabajo no tienen la validez ecológica necesaria para que puedan ser extrapolados a otros ambientes terapéuticos o culturales y por lo tanto solamente tienen el valor de sugerencias a comprobar en futuros estudios planificados y ejecutados a mayor escala.

### Contacto

Luis Fernando Muñoz Chávez • Teléfono: +57 3178461709  
Avenida 30 de agosto #46-107 local 00 • Edificio Ocare Pereira (Colombia)  
directormedico@recuperarteips.com.co • lfmunozc@unal.edu.co

## Referencias

1. Munarriz-Ferrandis M., Sin ti no soy nada. Participación de usuarios en salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2013; 33 (118), 239-242.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Regional para Europa. Declaración europea de Salud Mental. 2005. Accesible en <http://feafes.org/publicaciones/declaracion-helsinki-4244>



3. Zimmerman M, Rappaport J. "Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment". *American Journal of Community Psychology* 1988, 16.
4. Rappaport J. "Terms of empowerment/Exemplars of prevention:Toward a Theorie for Community Psychologie". *American Journal of Psychology*. 1987, 15.
5. Ortiz-Torres B. El empowerment como alternativa teórica para la Psicología de Comunidad en América Latina. Conferencia revisada presentada en el Primer Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid, España, julio de 1992.
6. Gómez Beneyto M. La participación de los usuarios: ¿qué opinan los profesionales? En: Carmona, J. y del Río Noriega, F., Eds. *Gestión Clínica en Salud Mental*. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. Pp. 161-72.
7. Rodríguez-Beltrán M. Empoderamiento y promoción de la salud. *Revista aragonesa de promoción y educación para la salud*. Número 14. Junio 2009.
8. Ramos Vidal C. [et al.]. Participación de usuarios en planificación, formación e investigación en salud mental: una revisión de la literatura. *Gestión clínica en salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 2009. <http://feafes.org/publicaciones/gestion-clinica-en-salud-mental-4410/>
9. Mourao-Vasconcelos E, do Socorro Santos M. Derechos y empoderamiento (empowerment) de usuarios y familiares en el terreno de la salud mental y su difusión en países de origen latino. *Revista Átopos* No. 11. Junio 2013.
10. Gómez Beneyto M, coordinador. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud: estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones, [2007]. Disponible en: <http://feafes.org/publicaciones/estrategia-salud-mental-2474/>
11. Pastor A. Blanco A y Navarro D. (Eds.) (2010). *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave*. Madrid: Síntesis.
12. Fernández Blanco J (2010). El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), su evaluación y reformulación. En Fernández J., Touriño R., Benítez N. y Abelleira (coord.). *Evaluación en rehabilitación psicosocial*. FEARP: 2010.
13. Fernández-Blanco JI (2002). Evaluación y plan individualizado de rehabilitación (PIR). En González Cases J y Rodríguez A (coord.) *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Madrid. Cuaderno técnico de servicios sociales nº 17.
14. Cohen J (1960) A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement* 20:37-46.
15. Fleiss JL, Levin B, Paik MC (2003) *Statistical methods for rates and proportions*, 3rd ed. Hoboken: John Wiley & Sons.
16. Holloway I. *A-Z of qualitative research in healthcare*. 2. Blackwell Pub, Oxford, UK; Ames, IA; 2008.
17. Ostrow L, Manderscheid R., Mojtabai R. Stigma and Difficult Medical Care in a Sample of Adults with Serious Mental Illness. *J Health Care Poor Underserved*. 2014 November; 25(4): 1956–1965.
18. Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
19. Earnshaw VA, Quinn DM. The impact of stigma in health care on people living with chronic illnesses. *J Health Psychol*. 2012; 17:157–68.
20. Rosillo M, Hernández M, S. P. K. Smith. La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2013; 33 (118) 257-271.
21. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999; 49: 651–661.
22. Bhugra D. Decision-making in psychiatry: what can we learn? *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118: 1-3.

23. Hultqvist J, Eklund M, Leufstadius C. Empowerment and occupational engagement among people with psychiatric disabilities. *Scand J Occup Ther.* 2015 Jan;22 (1):5461.
24. Guinea R. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Colección Documentos IMSERSO. 2007; 21005.
25. Franke CC, Paton BC, Gassner L-AJ. Implementing mental health peer support: A South Australian experience. *Aus J Prim Health.* 2010; 16: 179-86.
26. Cabral L, Strother H, Muhr K, Sefton L, Savageau J. Clarifying the role of the mental health peer specialist in Massachusetts, USA: Insights from peer specialists, supervisors and clients. *Hlt Soc Care Community.* 2014; 2:104-12.
27. Campos F et al. Directrices prácticas para programas de apoyo entre personas con enfermedad mental. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.).* 2014.
28. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health.* 2011; 20: 392-411.

## Anexos

Tabla 1: Hallazgos principales entrevistas individuales

- *“Sabía que existía, no sabía qué significaba. La única referencia era el CSM de Retiro, pensaba que era para otro tipo de personas. Mi psiquiatra me derivó cuando vieron que el problema de alcoholismo estaba superado. Me dijo que me venía mejor asistir a los grupos del CRPS”* (hombre, 46 años, usuario del CRPS).
- *“Me dijeron que aquí me enseñaban a vivir, a ser menos tímido. Vagamente lo que me dijo la enfermera”* (hombre, 43 años, usuario del CRPS).
- *“Me dijeron que era un sitio donde se realizaban actividades y se hacía un seguimiento del usuario... Me plantearon como objetivo no estar encerrado en casa todo el día”* (hombre, 51 años, usuario del CRPS).
- *“Me informaron de los programas de habilidades sociales, paseos, estimulación cognitiva, bienestar emocional, manualidades, ocio. Me lo explicaron y accedí a lo que creía que me servía”* (hombre, 42 años, usuario del CD).
- *“Al principio me querían poner más objetivos de la cuenta y yo no estaba de acuerdo (conseguir un trabajo, mejorar la relación con mi madre), expresé mi desacuerdo y mi voluntad fue respetada”* (mujer, 41 años, usuaria del CRPS).
- *“Soy un poco pasivo, no tengo iniciativa, no se me ocurre nada para incluir”* (hombre, 51 años, usuario del CRPS).
- *“Estaba muy desorientado, me han ido poniendo lentes acá y me han corregido la miopía que tenía”* (hombre, 46 años, usuario del CRPS).
- *“Esto es tan perfecto, que no me he planteado hacer sugerencias. Con el tiempo, se tendrán que adaptar las cosas”* (hombre, 42 años, usuario del CD).
- *“Este centro es mi segunda familia, me siento querido por las monitoras, me han apoyado y me ayudan cuando tengo problemas”* (hombre, 31 años, usuario del CD).
- *“Sé que me hacían preguntas sobre mi pasado y mi presente, de mi enfermedad, dónde he vivido, la medicación que tomo, las recaídas que he tenido desde el 89 que me empezó la enfermedad”* (hombre, 51 años, usuario del CRPS).
- *“Lo que me planteo al venir acá es llegar a tal momento que no se me note que tengo la enfermedad mental, que el tiempo que pase aquí no piense en mi enfermedad”* (hombre, 42 años, usuario del CD).
- *“Yo me puse inicialmente objetivos irreales: aprender inglés, graduarme, bajar de peso. En el centro de día, me plantearon como objetivo vencer mis miedos, tenía mucho miedo que me fueran a hacer daño, la gente que me conocía, hasta mis amigos”* (hombre, 31 años, usuario del CD).



- *“Era fácil evaluarme porque no hacía nada antes de entrar al centro, aunque no recuerdo las áreas. Mi círculo social era la familia únicamente”* (hombre, 46 años, usuario del CRPS).
- *“Me evaluaban bastante, hablábamos mucho de la relación con los demás, hábitos de cuidado, de aseo, de higiene, de dormir”* (mujer, 57 años, usuaria del CRPS).
- *“Mis objetivos al ingresar eran: Tener conciencia de enfermedad, tomar la medicación, mejorar en el área social, mejorar hábitos y cuidados (limpieza, rutinas, revisiones de los médicos), manejar la ansiedad y el malestar, aprender asertividad (aprender a decir las cosas, a decir no)”* (mujer, 41 años, usuaria del CRPS).
- *“Cuando llegas a un centro, debes describir los objetivos para rehabilitarte y que al final lo firmes”* (hombre, 42 años, usuario del CD).
- *“Si alguien ha decidido que se firmen, sus razones tendrá, no me parece necesario que el usuario lo firme, ellos han decidido el mejor plan, veo la firma para integrar al usuario dentro del conjunto de tareas, pero las decisiones ya están tomadas”* (hombre, 46 años, usuario del CRPS).
- *“¿El PIR?, creo que eso no lo tuve, no me suena”* (mujer, 57 años, usuaria del CRPS).
- *“No veo que haga falta que el PIR sea firmado, de entrada a lo mejor no confías mucho en los profesionales... Cuando llegas cuesta firmar algo, porque parecería que firmas un contrato”* (mujer, 41 años, usuaria del CRPS).
- *“Me parece bien que valoren a mi familia porque ellos están mejor que yo, están bien mentalmente”* (hombre, 42 años, usuario del CD).
- *“Mi familia me apoya para que asista al centro, excepto una hermana que cree que soy un vago y que no me sirve asistir acá”* (hombre, 31 años, usuario del CD).
- *“A mis familiares les parece muy bien que asista, mi hermana me apoya, está de acuerdo con que yo tenga el alta”* (mujer, 57 años, usuaria del CRPS).
- *“Al momento de la evaluación con mi familia, me sentí incómoda porque tenía una mala relación con mi madre. Creo que hoy en día la veo como una ayuda”* (mujer, 41 años, usuaria del CRPS).
- *“Deben haber más programas que trabajen la mente, hay que saber cómo afrontar la vida fuera del centro, porque no hay suficiente información para estar afuera”* (hombre, 43 años, usuario del CRPS).
- *“Me gustaría que hubiera un taller de higiene y buenos hábitos. No la he planteado como sugerencia, creo que podría hacerlo... Ojalá haya más salidas, cada mes, hacer una excursión y que los usuarios la paguemos..., que haya más juegos de estimulación cognitiva, grupos de historia”* (hombre, 42 años, usuario del CD).
- *“Para eso están las asambleas, yo participo en ellas, me parecen fructíferas. Me gustaría que se hicieran una vez al mes y que la asistencia de las personas fuera estimulada... A lo mejor está bien mezclar la gente nueva con la gente antigua”* (hombre, 31 años, usuario del CD).
- *“No conozco los mecanismos de participación, se supone que es a través de comunicación directa con mi psicóloga o el terapeuta ocupacional que se pasan las sugerencias”* (hombre, 46 años, usuario del CRPS).
- *“En cada taller, nos dicen si queremos añadir algo, qué tal nos parece... yo propuse que se integre al programa de manejo del malestar, los enfados y los celos, lo cual fue incluido en el programa de manejo de las emociones y además lo trabajé en las tutorías con mi psicóloga”* (mujer, 41 años, usuaria del CRPS).
- *“Me hubiera gustado hacer un curso de autoestima. No salió ese curso acá, lo hice por cuenta propia leyendo libros de autoayuda... Planteé hacer el curso, pero me dijeron que no salió el cupo de personas para hacerlo”* (mujer, 57 años, usuaria del CRPS).
- *“No está por escrito ningún plan de crisis, yo acudiría al psiquiatra de mi CSM... No se ha planteado ningún plan desde el centro porque no hay ningún psiquiatra dentro del grupo”* (hombre, 51 años, usuario del CRPS).
- *“En caso de crisis sabría qué hacer, pero no hay plan escrito. Creo que cualquier persona del*

*centro podría ayudarme*” (hombre, 43 años, usuario del CRPS).

- *“Yo me planteo acudir al centro en caso de crisis, informando que me siento mal para que me asesoren al respecto”* (hombre, 42 años, usuario del CD).
- *“Sé lo que haría: acudiría a las monitoras y a mi madre. Ya se sabe lo que hay que hacer...”* (hombre, 31 años, usuario del CD).

- *“Llevo un diario de mis emociones que me puede servir en caso de crisis”* (hombre, 46 años, usuario del CRPS).

- *“Sí, el plan se encuentra redactado por escrito. Hemos acordado un consenso con la psicóloga del centro y una hermana si me llegan a ver descompensada para ser ingresada. Lo realizamos tanto en el curso de psicoeducación como en la tutoría individual”* (mujer, 41 años, usuaria del CRPS).

**Tabla 2: Principales narrativas del grupo focal**

#### El papel de la familia:

- *“... que informaran sobre la enfermedad del paciente a las familias, que se implicaran mucho más las familias con el paciente y con psicólogo... una vez al mes, por lo menos”.*
- *“Yo, por ejemplo, eso sí que lo creería constructivo, que la familia se involucrase un poco más”.*
- *“Yo creo que ventajas es que conocieran más lo que tenemos... y tengan reuniones y cosas, y les expliquen, pues, cómo llevar nuestros síntomas o cómo ayudarnos o cómo...cosas así”.*
- *“En mi familia algunas veces me han dicho: ‘ahí 14 años en tratamiento psiquiátrico y no te has querido curar porque no has querido’ y yo me quedo así bloqueado un poco. Yo no lo asimilo desde ese punto de vista”.*
- *“porque también sufren ellos los procesos que tenemos”.*

#### Enfermedad mental y estigma:

- *“Cuando conoces a gente y tal, lo normal, yo pienso no en decirle que estás en tratamiento psiquiátrico porque si no la sociedad te rechaza. Lo normal es decirle que eres una persona normal”.*
- *“Cuando estoy en mi casa mi marido, cuando tengo un ataque de ansiedad, pensar que no me hace ni caso. Pero cuando estoy constipada con fiebre me da una pastilla... ahora, si me pongo mala, claro, me cuida, ¿no? Y si tengo que ir al hospital él viene conmigo y me acompaña y todo; pero un ataque de ansiedad no lo entiende.”*

- *“Yo creo que tendrían que ser los profesionales los que accedieran un poco a la opinión pública y cambiaran la idea de la opinión pública de que los enfermos son criminales, somos gente incapaz de cuidarse; y tienen que ser los profesionales los que tienen que acceder un poco a cambiar esa opinión de la gente, porque si nos ven ahí con la cabeza agachada ‘ay, sí, sí, sí”.*

- *“Sí, yo me refiero a donde pase mucha gente dejar un taquito así de libros, y nada, que lo coja a quien le interese de verdad y eso va ir infundiendo, más o menos...”.*

#### Características del buen terapeuta:

- *“Que, pues, lo que más me agrada es ver a los monitores, a los terapeutas siempre relajados, sonrientes. Es que eso...un ‘buenos días’, no sé cómo explicarlo”.*
- *“Sí, es como más humana la manera en que te atienden, ¿sabes? Es como un trato más como de familia”.*

- *“Porque todos eran encantadores, simpáticos en nuestra charla de nuestro grupo de psicoeducación, teníamos dos terapeutas que eran encantadores, y yo creo que eso es importantísimo, ¿no?, porque empezamos a sentirnos por primera vez, yo que sé, valoradas, empezamos a sentirnos felices, empezamos a sentirnos que lo que hacíamos servía para algo y ahí es donde empezamos... el primer lugar del mundo que empezó a ser bueno, ¿verdad?”.*



Importancia de los primeros momentos de contacto con el centro:

- “Ellos me ayudaban a ver cuestiones poco a poco. Yo digo ‘poco a poco’ porque al principio es absolutamente...uno viene totalmente con la creencia de que no te van a ayudar”.
- “Al principio tuve...el enganche al Centro fue bastante difícil al principio, al tratamiento, porque muchas veces no venía porque estaba mal, porque me encontraba muy mal. Pero luego, después, al realizarse el enganche con el tratamiento empecé a mejorar... porque si no tienes a nadie no tienes referencias, porque vienes aquí y no tienes ninguna referencia, ¿no?, vienes y piensas: ‘no, si ya no...pa’ qué vengo si no tengo...”.

Síntomas de enfermedad mental que se socializan:

- “Yo, por ejemplo, tengo 32 años y llevo 5 años de vida tranquila con mi madre, pero vamos, sin amigos se me hace muy duro. El no tener amigos y no poder contarle a la gente, se me hace demasiado duro”.
- “Yo también he estado muy encerrada en mí misma y siempre todo el día dándole vueltas a pensamientos: ‘que si me rechazan, que si no sé qué, que si no sé cuánto’; y el que te aíslas eres tú”.
- “El problema que veo, el más gordo es la integración, que yo no me veo integrado nunca en un grupo y vengo aquí y voy a otro sitio, voy al trabajo y tal y...”.
- “Nos creemos, de alguna manera, inferiores o no valorados o no queridos; a algunos nos han marginado, de alguna manera, pero claro, no es problema del mundo, es problema nuestro, ¿no? esa pregunta ‘¿por qué yo soy peor que los demás?’ es importante tocarla, ¿no? Y eso yo creo que lo hemos tocado mucho y hemos entendido que los demás tampoco son felices, que nosotros no somos peores, que nosotros no somos

peores y ahí ese equilibrio de ‘estos son felices, yo no’ ‘o yo soy peor y ellos son estupefactos’.

Farmacodependencia:

- “La mejoría me ha llevado a tóxicos...ya hasta por donde voy. A los tóxicos, al alcohol, a unas buenas rayas, así ya...”.
- “Te puede venir porque te haya dejado la novia, te puede venir por mi esposa, o también, genéticamente, también te puede venir por los genes de la familia, influencias también”.

Elementos reconocidos como terapéuticos:

- “El trato con personas ‘normales’, entre comillas. En que ves un poco cómo son y en qué fallan y te ves...”.
- “Si trato con personas normales, o sea, inormales!, lo que es una persona corriente, lo que llama uno corriente, me ayuda a salir de mi yo, de mi historia...”.
- “Yo creo que es muy importante los terapeutas, lo que es el lenguaje oral pero también el lenguaje gestual, ¿no?, porque muchas veces que, por ejemplo, estás contando una cosa y el terapeuta está escribiendo”.
- “Yo creo que para mí lo más importante es que el terapeuta me entendiera, o sea, que no reaccionara, no sé, enfadándose o a lo mejor...”.
- “Es que nosotros nos recogemos demasiado en nuestros problemas y no nos damos cuenta de que... los demás los tienen igual, la cuestión está en salir de ahí, pero que lo tenemos como todo el mundo. Es que eso es importante, yo creo, ¿no?, tener esa visión”.
- “Hace muchos años había una psicóloga que se había tirado de un segundo piso, tenía el brazo caído y las piernas hechas polvo, y era psiquiátrica, me lo dijo una amiga que estaba trabajando de enfermera y me dijo lo que había pasado con esa mujer, los problemas los tienen hasta los profesionales”.

• Recibido: 2/1/2017.

• Aceptado: 30/3/2017.

## De la reforma inconclusa a la contrarreforma en Salud Mental en Canarias.

### *Of the unfinished reform of the Counter-Reformation in Mental Health in the Canary Islands.*

Francisco Rodríguez Pulido (\*)

Profesor Titular de Psiquiatría ULL. Responsable del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Tenerife.

**Resumen:** Desde hace un año en cada acción de los gestores de lo público de la administración sanitaria y la Jefatura Regional del Servicio de Salud Mental, se va haciendo más evidente y transparente los pasos que, comienzan a emerger hacia el abandono de los principios de la psiquiatría Comunitaria y de la subjetividad y su apuesta por no continuar los procesos de reformas, sino por el inicio gradual de una contrarreforma basada en una psiquiatría hospitalaria que lleva a predominio de las tecnologías médicas, probablemente, hacia las neurociencias clínicas. Se rompe la continuidad de cuidados dejando a los cabildos -ahora como, Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria (IASS)- y los servicios sociales regionales, de forma progresiva, como antaño, ganar cada vez más hegemonía en nuestro sector en la atención a las personas con trastornos mentales severos, bajo el legal eufemismo de dependencia y discapacidad como ocurrió con los Hospitales Psiquiátricos, rompiendo la continuidad de cuidados. Esto significa el enterramiento de los CIRPAC con el nuevo decreto unilateral impuesto al sector de la salud mental a través de un defectuoso proceso de consultas en la línea contraria al espíritu y los objetivos del III Plan de Salud de Canarias (2016-2017).

**Palabras claves:** Reforma Psiquiátrica, Trastorno Mental Grave, Rehabilitación, Recuperación, Discapacidad, Dependencia, Canarias.

**Abstracts:** Since a year ago in each action of the managers of the Public Health Administration and the Regional Headquarters of the Mental Health Service have been carried out more evident and transparent steps and begin to emerge towards the abandonment of the principles of community and subjectivity psychiatry and it is commitment to not continue the processes of psychiatric reform to change by the gradual beginning of a counter-reform based on a hospital psychiatry that leads to the predominance of medical technologies, probably, to clinical neuroscience. The continuity of care is broken, leaving Cabildo (Inter-Island Council) -now as Institutes of social and socialhealth care (IASS)- and regional social services, progressively, as before, to gain more and more hegemony in our sector in the care of people with Severe Mental Illness under the legal euphemism

---

(\*) Fundador y Responsable Equipo Comunitario Asertivo (2005-2011).



of dependency and disability like Psychiatric Hospitals, breaking the continuity of care. This means the burial of the CIRPAC with the new unilateral decree imposed on the mental health sector through a defective consultation process in line with the spirit and objectives of the III Health Plan of the Canary Islands (2016-2017).

**Key Word:** Reform psychiatric, Severe Mental Disorder, Recovery, Rehabilitation, Disability, Dependence, Canary.

## Introducción

Al calor de la descentralización autonómica del Estado, son muchos los cambios que se producen en la estructura sanitaria de la Comunidad Canaria, en concreto, con las transferencias sanitarias y los traspasos a la Comunidad Autónoma de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Más tarde, con la aprobación de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (1), se crea el Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo configurado por diversos órganos centrales y territoriales cuya organización y funcionamiento se ha regulado por el Decreto 32/1995, de 24 de febrero, siendo a través del Decreto 32/1995, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del servicio canario de la salud (2), -hoy en trámite de modificación- por el que se regula, la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (COMASAN) como órgano colegiado integrado en la misma (3).

Esta estructura compleja motivó una adecuación de las actuaciones que conformaban las funciones y composición de dicha Comisión, lo que se efectuó mediante el Decreto 193/1997, de 24 de julio (4). En consonancia con lo anterior y con los objetivos que el Plan de Salud de Canarias 1997-2001 contempla respecto a la Salud Mental (5), resultó necesario la creación de Consejos de carácter insular donde no sólo se diseñó con representación sanitaria, sino también con hay otras representaciones de otros Departamentos de la Comunidad Autónoma, de las Administraciones Locales y Asociaciones u Organizaciones cuyo ámbito de actuación se relaciona con los trastornos mentales severos. Estos Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria para Enfermos Mentales (CIRPAC) (6) se conciben como órganos que permitan complementar y coordinar recursos sanitarios y sociales que ha-

brán de confluir para las personas con trastornos mentales severos y sus familias.

Desde 1998 hasta hoy, estos Consejos con diferentes ritmos en cada islas y diferentes niveles de participación real, han servido como dinamizador y catalizador a través de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), y los responsables de los PIRP, para acometer la planificación de los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial para la recuperación de las personas con Trastornos Mentales severos, con cobertura desde el ámbito sanitario al espacio del empleo, durante un largo período (1998-2007) (7,8). Los dispositivos fueron implementándose -en décadas anteriores fueron inexistente- progresivamente en estos años, se venía a cubrir un vacío en la atención de estas personas y sus familias, y mientras esto ocurría fueron dándose desarrollos legislativos nuevos, de otras administraciones estatales, regionales e insulares, que detallaremos posteriormente, y que con el tiempo van a generar una nueva situación.

Después de veinte años de la constitución del CIRPAC, la experiencia acumulada, y las numerosas iniciativas de las administraciones no sanitarias que inciden en las personas con trastornos mentales graves, han venido a justificar en estos últimos años, la demanda de la modificación del decreto de constitución de los CIRPAC, con la finalidad de recolocar este Consejo a la nueva situación, con los cambios que de facto se han ido produciendo casi sin notarlo en el transcurso de los años, que se ha hecho más evidente a partir del 2008, con la llamada crisis económica, el parón a la reforma Psiquiátrica, los nuevos cambios legislativos, y las nuevas iniciativas de la dependencia y la discapacidad, han ido deslocalizando al CIRPAC tanto desde un punto de vista legal, como institucional e incluso sociológicamente, que justifica una innovación en este ámbito, de la psiquiatría Comunitaria, para seguir empujando la reforma.

En Octubre 2016 con el nuevo gobierno autonómico sostenido por una minoría política, y con una estructura sanitaria pública, liderada por directivo de la clínicas privadas, mantienen una Jefatura Regional de Servicio en Salud Mental sin experiencia clínica ni en planificación, que en vez de, sostener el compromiso y cumplimiento al III Plan de Salud de Canarias (2016-2017) (9), comienzan en sus primeras medidas ejecutivas a dar la espalda a este y al sector, y a tomar medidas de rebajamiento de los compromisos adquiridos por el propio Parlamento de Canarias y la Junta de Gobierno autonómico. La primera medida, ha sido, comenzar difuminar el Plan de Salud Mental, en lo que denominan ahora como “Estrategia de Salud Mental” y la segunda medida, es reformar el decreto de constitución del CIRPAC. La primera, entre otras razones, con un proceder técnicamente alejado de un Plan y de la metodología participación- Acción, cómo se elaboró el III Plan de Salud (2016-2017). Y segunda medida, en la dirección contraria a lo pertinente a este nuevo contexto histórico y legal, al permitir que los recién nombrados directores de area, refuerzan y encajonan estos Consejos más como órgano sanitario, cuando esto no ha sido identificado como problema por los profesionales, y se tome esta decisión sin la participación de ningún órgano colegiado de salud mental, pretendiendo en un orden del día, que no se contemplaba su aprobación sobre la marcha en una reunión interna informativa, para ganar falsamente validez a la toma de decisiones del nuevo decreto definitivo. O sea, aprobar algo sin consenso inicial ni posterior de los profesionales, familiares y usuarios y fuera de los órganos colegiados de salud mental. No tienen la legitimación del sector.

### Plan de Salud Mental

En el III Plan de Salud de Canarias (2016-2017) (9) después de mucha presión, las fuerzas políticas reconocieron e incorporaron la necesidad de un Plan de Salud Mental Integral. En el desarrollo de los trabajos del III Plan de Salud, durante los años 2014-2015, participamos varios Consejos Insulares, y entre todos, se elaboró al final de los trabajos un **Informe ejecutivo sobre propuestas de acción en salud mental del III Plan de salud** opera en las siguientes prioridades:

**1. Priorización de acciones transversales:** se recogen aquí las iniciativas que han aparecido en al

menos 4 Áreas de Salud (incluyendo una o dos islas capitalinas) y que se consideran comunes:

- Desarrollo e impulso de los CIRPAC a todos los niveles (participación, coordinación interinstitucional, planificación y evaluación de los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial), adaptando su funcionamiento a la normativa y realidad social actual.
- Potenciación de la atención domiciliaria y programas de alojamiento Alternativo, integrando el Modelo Asertivo Comunitario.
- Diseñar e implementar programas de intervención temprana en las psicosis.
- Atención a los problemas de salud físicos en personas con Trastorno Mental Grave (este último priorizado por el Servicio de Salud mental de la DGPPAA).

**2. Priorización de acciones por islas:** Se recogían en un anexo con acciones priorizadas, objetivos, indicadores y responsables, en aquellos casos donde la información se encuentra disponible.

Con su aprobación a finales de Septiembre 2016 en el Parlamento, el III Plan de Salud (2016-2017) y sus resoluciones, recogen en la línea 4.9 el Plan de Salud Mental, como de “alta prioridad” y se establece que en el plazo de un año debería estar elaborado. Posteriormente, el nuevo gobierno, con sus gestores sanitarios, comunicaron en la COMASAN, (Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental.) que lo que se iba a elaborar, no era un Plan sino una “Estrategia de Salud Mental”, como así se nos dijo a miembros de la ACN que fuimos a visitar al Consejero socialista de Sanidad. Posteriormente esto se presentó en la COMASAN, al calor del día mundial de la salud mental del 10 Octubre del 2016. Poco tiempo después, teníamos un nuevo Gobierno con otros responsables sanitarios pero la responsable de la Jefatura Regional del Servicio de Salud Mental, continuaba. Aún hoy no hemos recibido las actas de este órgano asesor.

Aun, lo más sorprendente para algunos, es que, pasado más de ocho meses, a pesar de su esquema de su desarrollo que se nos presentó en la COMASAN, este se ha incumplido porque se nos dijo que iría acompañado de un análisis de la situación de la salud mental en Canarias,



y aún esto se desconoce -se confunde análisis de actividad de los servicios con análisis de la situación (estructuras, procesos y resultados) de la salud mental- para el sector, ni tampoco se ha establecido unos objetivos en esta planificación. En cambio, si se presentan de forma apresurada una serie de líneas -nadie sabe cómo se han deducido que sean estas y no otras- para trabajar las Estrategia en comisiones. Esta iniciativa gubernamental regional es una adaptación documental de la Estrategia Nacional de Salud Mental, que quedó pendiente de su aprobación en diciembre del 2015 por el Consejo Interterritorial de salud, al oponerse, algunas Comunidades Autónomas.

No sabemos si por no estar presente en los desarrollos del III Plan de Salud (2016-2017), la Jefatura Regional del Servicio de Salud Mental, actúa como si desconociera los acuerdos de consenso en materia de salud mental, así como, las conclusiones de las I Jornadas de los responsables de la salud mental celebradas en El Hierro en el 2008, que están ahí aún en el papel. Son documento consenso. O deberían explicar porque en el desarrollo de los decretos del sistema de atención a la dependencia, no ha estado presente la Jefatura Regional del Servicio de SM realizando propuestas, cuando los actuales directivos ya formaban parte del staff de la citada Jefatura. Lo cierto es que en estos últimos dos años la salud mental ha pasado para la mayoría de las fuerzas políticas de ser el patito feo a la cenicienta, en el sentido, de que todos los grupos han reivindicado y aprobado varias proposiciones no de ley en la cámara legislativa, y las hemerotecas están inundadas de declaraciones reclamando mejoras, pero todo apunta a que esto ocurre a la vista de los resultados obtenidos desde las últimas elecciones con una finalidad básicamente de marketing político.

Técnicamente la Estrategia no es ningún plan, no hay un cronograma de ejecución, ni ficha financiera, ni comisión de seguimiento, ni se establecen mecanismos de evaluación de su grado de implementación en un periodo de tiempo determinado, y la misma careciendo, como hemos dicho, de toda visión estratégica. Probablemente se quedará como recomendaciones, pues, hasta la fecha que escribimos este artículo, no está ni previsto hacer una estimación del coste global de sus posibles acciones. Será una estrate-

gia que intentarán calzar en el modelo de salud mental comunitario, pero obedecerá más a una organización sanitaria de la oferta y la demanda, como ya lo es, y se irá moviendo, ya ocurre, hacia otro modelo. El proceso de elaboración de la Estrategia ha sido a través de consultas on line y solo está prevista una reunión cara a cara de intercambio entre los profesionales. Y a las familias y al movimiento de primera persona se les ha indicado en que comisiones es la que podían participar, no han elegido libremente su lugar. Un estilo lejos de lo comunitario y más aún de la participación-acción. Una estrategia entendida como resultado documental y no en sí misma como un proceso de cambio participativo comunitario. EL III Plan de Salud, al menos si estaba impregnado de estas maneras.

Hay mucha problemas y necesidades que están detectados desde hace años para su resolución -las actas de las coordinadoras Insulares de los servicios de salud mental aconsejó que sean solicitadas y consultadas- pueden servir de ejemplo de ineficacia y dejadez y la identificación de los problemas del modelo asistencial y de Rehabilitación no necesitan la espera de una Estrategia de Salud Mental, entre los que podríamos citar:

- Coordinación e integración de la red de drogo-dependencias en la red de salud mental que ocurre en muchas Comunidades Autónomas y recomiendan las sociedades científicas.
- Programas de detección precoz de la psicosis o de primeros episodios.
- Completar la red de atención infanto-juvenil con equipos especializados e infraestructuras hospitalarias adecuadas (hoy se incumple la legislación hospitalizando a estos grupos de edades en servicios no adecuados).
- Modificar los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria aumentando su capacidad de influencia, su transversalidad, y sus funciones de acuerdo al nuevo contexto.
- Mejorar con mayor dotación de personal e infraestructuras en urgencias (se abusa en algunos hospitales de la contención y la sedación).
- Mejorar las infraestructuras y dotación de las USMC (Unidades de Salud Mental Comunitaria).

rias): Los equipos no cuentan con espacios, suficientes para el desarrollo de sus labores Asistenciales.

- Mejorar los ratios de profesionales de acuerdo al incremento población en cada área de salud.
- Mejorar el déficit de plazas sociosanitarias y de discapacidad para las personas mayores con trastornos mentales graves.
- Superar en las gerencias la gestión en salud mental de manera anacrónica como el resto de las especialidades, cuando hay muchos dispositivos comunitarios y de recursos en la comunidad.
- Generar una estructura específica para salud mental en las gerencias de atención especializada que permitiera ir aplicando la gobernanza a través de la coordinadora funcional de atención a la salud mental de cada isla.
- Reducir el alto consumo de tranquilizantes e hipnóticos favoreciendo terapia grupal en los trastornos mentales comunes.
- Realizar los Planes de atención Individualizada, aún pendientes en muchos casos.
- Prevalen indicadores de actividad frente indicadores de procesos y de resultado.
- Introducir en los Convenios de Colaboración entre la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias y el Cabildo Insulares para la prestación de servicios en centros residenciales, de día y de noche a personas en situación de dependencia y, en general, a personas mayores o con discapacidad, determinadas cláusulas que garanticen la continuidad de cuidados.

Esto ocurre en un contexto de toma de decisiones donde cada vez más nuestro sector tiene menor influencia sobre las Gerencias Hospitalarias y se ve más acorralada -con su consentimiento declarado- por las presiones de los Jefes de Servicio. Ha aumentado la variabilidad de las prestaciones entre los diferentes servicios. Una gestión que está basada solo en indicadores de actividad, donde los centros más sobrecargados tienen mayor dificultad para dar una Asis-

tencia de calidad, aparece como los que mejor productividad tienen y son los que deben ser imitados, sin visión analítica sobre las prácticas y sus registros.

La atención se está organizando en torno a la oferta, y no basado en las necesidades. Mayor inequidad de las prestaciones entre las diferentes áreas de salud, empeorando la inequidad horizontal (capacidad de los servicios para ofrecer las mismas prestaciones a su población de referencia). Así mismo ha empeorado la equidad vertical: reciben más atención aquellos pacientes que menos lo necesitan (no se trabaja en torno a prioridades). Los pacientes más graves requieren atenciones complejas, prolongadas y multidisciplinarias, la infancia y la adolescencia, los trastornos psicóticos y algunos trastornos de personalidad, requieren abordajes más intensivos.

Por ello, decimos una reforma en salud mental inconclusa, a lo más que se aproxima es a una atención ambulatoria reforzada, como la hemos denominado en otros trabajos sobre la situación de la salud mental en Canarias (10). La Estrategia de Salud Mental, por su naturaleza, su metodología y su contexto y forma elaboración, no resolverá los problemas de inversión, estructurales, de gestión, de participación pendientes, ni ahondará más la brecha entre lo hospitalario y lo comunitario, entre la Clínica y la Rehabilitación, entre lo biológico y lo psicológico y social.

### Realidades y Decretos

Las leyes en sus diferentes fórmulas pretenden, por un lado, o reconocer lo que ya ocurre en la realidad o bien, por otro, modificar la realidad. Por eso la pregunta central es esta cuestión y ambas relacionadas es ¿que pretende resolver la modificación del decreto de constitución de los CIRPAC?, y ¿cuáles son las diferentes sustantivas entre el decreto del 1998 y el del 2017? Las respuestas nos situarán en la reforma o en el continuismo. Lo explicaremos.

Con el decreto de 1998 para la constitución del CIRPAC, sus objetivos y funciones, venía condicionado por la situación muy diversa que había que modificar. Esta situación venía condicionada por: favorecer el desarrollo del I Plan de salud



(1997-2001), una competencia sanitaria aún en los cabildos, las ONG en desarrollo y dispersas con gestión en escasos recursos básicamente talleres, por la carencia de planificación en materia de salud mental y una inversión concentrada en los hospitales psiquiátricos, sobre todo, en Tenerife. El decreto, al crear un espacio nuevo interadministrativo, permitió la superación de estas circunstancias anacrónicas. El CIRPAC y sus proyectos técnicos, los PIRP insulares, se comenzó su ejecución con un acuerdo interadministrativo (2004-2006), que posteriormente se incorporó y se ajustó al Plan de atención a la Discapacidad (2005-2008). Cada parte de la administración cumplía con unos compromisos definidos y las ONG también encontraron su fortalecimiento como gestores y ganar más coherencia en su participación en red. Se asumió que las USMC era la puerta de entrada a los espacios de rehabilitación, empleo y vivienda con apoyo.

Esto permitió, por ejemplo en Tenerife, con el respaldo de la COFUTE (Coordinadora insular de los servicios de salud mental) con unos criterios de admisión -aprobado en abril del 2004- una focalización adecuada de los recursos, genero la construcción de un modelo de red de redes con el liderazgo del SCS, unos recursos sanitarios nuevos: ECA (Equipo Comunitario Asertivo) y de rehabilitación (Centros de Rehabilitación Psicosocial), de alojamiento (residencias, pisos supervisados y atención especializada en domicilio), ocupacionales (Centros Ocupacionales), y empleo territorializado (Equipos de apoyo Individualizados al empleo) y nuevos actores: como la sociedad insular de discapacidad para la integración en el empleo y la asociación de terapias creativas de canarias. Lo previsto se ejecutó en un 90% en un tiempo rápido. En este proceso, el CIRPAC y la dirección del PIRP, ejercía la intermediación, enlace y el liderazgo técnico con todos los actores implicados y este ha sido aceptado buenamente por todas las partes (7,8). Ello queda cada año regulado en los Convenio de Colaboración entre la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias y los Cabildo Insulares para la prestación de servicios en centros residenciales, de día y de noche a personas en situación de dependencia y, en general, a personas mayores o con discapacidad (11). Posteriormente, los Cabildos a través de los IASS,

establece la gestión indirecta de los recursos con ONG y tercer sector. Los modelos de atención en cada isla para el TMG presentan diferencias en algunas islas sustantivas aunque hay también ingredientes comunes.

Esta primera etapa del CIRPAC, con su decreto, su constitución, y el desarrollo de su labor, al menos, en Gran Canaria, Tenerife y Lanzarote, con un mayor impacto su presencia, represento una innovación genuina que permitió generar un espacio de encuentro entre todas las administraciones publicas de Canarias y el tercer sector para el desarrollo de una línea de trabajo común y compartida. Con nueva creación de dispositivos en la comunidad, cada una de las partes implicadas en la salud mental redefinía su posición histórica en la isla para la modernización de las políticas dirigidas a las personas con TMG y sus familias de acuerdo al modelo comunitario en salud mental. Por lo tanto, el marco jurídico del decreto facilitó un espacio de encuentro, generó un marco superador de la tradición hasta entonces, y sus efectos, evaluados en el tiempo, han sido beneficiosos para la ciudadanía.

Pasados cerca de 20 años, las condiciones actuales, donde se debe desarrollar las funciones del CIRPAC son bien distintas: el desarrollo potente del IASS (Instituto de Atención Social y Sociosanitaria) con recursos y competencias en gestión de la discapacidad y la dependencia; Los Servicios Sociales con competencia financiera en materia de dependencia, y liderazgo en el desarrollo en el sistema canario de atención a la dependencia, legislación de decreto de las prestaciones y servicios de la dependencia, ONG con estructuras estables y con gestión indirecta financiera y de múltiples dispositivos aparición de nuevos consejos insulares como el de la discapacidad y el de los servicios sociales, aparición del movimiento primera persona.

Y no sólo este escenario sociológico es diferente del de finales de la década de los noventa, sino con el pasó de estos años, han ocurrido cambios legales y situaciones nuevas tanto a nivel de todo el Estado y como en Canarias en el ámbito de la atención a las personas con trastorno mental severo, entre otras : el cierre Hospital Psiquiátrico de Gran Canaria; la apertura a la modernización del hospital psiquiátrico en Tenerife aún no fina-

lizada: la vigencia y finalización del Plan de Atención a la Discapacidad (2005-2008) vinculados con los PIRP, la creación en las islas capitalinas de los Institutos Insulares de Atención Social y Sociosanitaria (IASS) como un Organismo Autónomo que actúa bajo la tutela del Cabildo Insular con el fin de desarrollar la gestión de la actividad dirigida a los colectivos sociales que más apoyo necesitan: los mayores, los menores en situación de desamparo, las mujeres víctimas de violencia de género, y las personas con discapacidad (12); la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (13), que establece que la atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social; el desarrollo del Reglamento del Consejo Insular de Personas con Discapacidad (BOP nº125, de 03 de septiembre de 2004, de págs. 13.150 a 13.153), un órgano nuevo donde se toman decisiones en la isla (14) sobre nuestros pacientes; se reconoce en el 2006 la Rehabilitación en la cartera básica de prestaciones de salud mental en el SNS (15).

Se legisla un derecho subjetivo de la ciudadanía con la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (16) -de los cuales son beneficiarios las personas y los servicios que coordina los CIRPAC-, provee la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia con la participación y la colaboración de todas las Administraciones Públicas. Este Sistema garantiza un derecho subjetivo de la ciudadanía, consistente en asegurar el acceso de cualquier persona a las prestaciones y servicios que requiera en función de la situación de dependencia en que se encuentre. Esta ley ha producido un desarrollo legislativo estatal y local relativo al copago de las prestaciones y servicios, compatibilidades e incompatibilidades de las prestaciones y servicios, y está pendiente el decreto de accesibilidad, que afectan a las personas con trastornos mentales severos bajo el eufemismo de "discapacidad o dependencia, la elaboración de una cartera de

prestaciones por los servicios sociales y una nueva ley de servicios sociales, que se aprobará en estos meses.

Estos hechos han cambiado la realidad asistencial sociosanitaria, convergente con el ajuste presupuestario constitucional, la mayor presencia del IASS en el sector y elemento de referencia en la isla, y unos servicios sociales regionales con el desarrollo de la ley de dependencia y unos decretos de copago, incompatibilidades de las prestaciones y servicios y de accesibilidad (aún pendiente), han ido generando otros espacios de toma de decisiones como los consejos insular de discapacidad o consejo de los servicios sociales donde se deciden asuntos bajo las etiquetas de "discapacidad" o "dependientes" que afectan a nuestro sector y para nada se la ha solicitado la opinión al CIRPAC o la dirección del PIRP (Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial) pese haberse solicitado a los Responsables de Salud Mental un papel activo en todos estos desarrollos en estos años, pues con otros nombres (discapacidad, dependencia) se decidían asuntos que nos afectan. Este hecho, insisto fue transmitido reiteradamente a la Jefatura Regional de Salud Mental desde el 2008 hasta la actualidad solicitando unas políticas transversales desde las diferentes carteras del Gobierno hacia la salud mental. Por ejemplo en la actualidad se está elaborando la nueva ley de servicios sociales, y recientemente se había constituida una comisión técnica sobre la cartera de servicios y prestaciones en los servicios sociales, y ni tan siquiera los CIRPAC ni tan siquiera invitados.

En este sentido hemos venido solicitado la modificación del decreto de constitución del CIRPAC y sus funciones para reubicar este consejo en la estructura de poder local donde se toman las decisiones. Y ahora esta tarea se ha convertido en una prioridad gubernamental, y es más que una oportunidad, si las cosas se hicieran bien y en la dirección correcta. Ahora bien, ¿lo que se legislara es lo que necesitamos?, ¿cuál es problema principal de los CIRPAC? ¿Tenemos un problema de funcionamiento o de encaje? Las respuestas a estas preguntas es el aspecto central del análisis y del debate y tendrá que reflejarse necesariamente en lo legislado para permitir que en la próxima década podamos resolver los amplios problemas y necesidades que aún tenemos. Por



eso los órganos de participación reflejan la posibilidad de la transversalidad de las políticas, más aun en cumplimiento del artículo 20 de la ley General de Sanidad (LGS) y los derechos de las personas con discapacidad según la Convención Internacional respaldada por nuestro gobierno nacional o, en caso contrario, realmente se convierte en naves que vagan por un océano sin dirección a la espera de no se sabe qué. El problema de los CIRPAC no es un problema de relaciones con el Servicio Canario de Salud (SCS), que se puede mejorar, el “como” se profundiza en su desarrollo legislativo propio y “cómo” se influye en aquellos otros marcos legislativos que afectan a nuestros pacientes que hoy son competencias de otras administraciones, siendo necesario la colaboración interadministrativa para hacer posible las políticas públicas en esta materia, tal como establece el III Plan de Salud de Canarias en las líneas de colaboración 1.1 y 1.2.

### El nuevo decreto del CIRPAC

En Febrero de 2016 tuvo lugar una reunión en Gran Canaria con los directores del PIRP, los responsables de salud mental, por aquel entonces, y la Dirección de Programas Asistenciales, ambos gestores no son los, actuales. En la misma, los responsables del PIRP de Tenerife y de otras islas con Lanzarote, se presentaron propuestas más, reformistas por escrito pero no consensuada con los otros responsables y, desde la administración no hubo respuesta alguna.

En Agosto, con un cambio de responsables del Servicio de Salud Mental Regional (JRSM), -nunca se reunió con los directores del PIRP- después de la aprobación en el Parlamento del III Plan de salud y sus resoluciones, la Secretaria General técnica del SCS con conocimiento de los responsables en salud mental, envió a los Directores de Área una propuesta de modificación de decreto del CIRPAC, no llegando a todos los directores de PIRP, el borrador por cauces oficiales. Los responsables del PIRP volvieron a enviar a la dirección de Área otras propuestas sobre el nuevo borrador, que había sufrido escasas modificaciones, para que se incorpore a este nuevo proceso, pero si haber nuevamente una propuesta consensuada entre todos. En septiembre hubo una nueva reunión de directores de área con la secretaria general técnica y se genera una nueva

versión, que está lejos de las propuestas presentadas por Lanzarote y Tenerife. Antes estas actuaciones nada transparentes, solicitamos una nueva reunión con la Dirección de programas asistenciales que nos permita consensuar entre todos un decreto con la mayor transparencia posible y que técnicamente de una respuesta adecuada a los nuevos tiempos. Luego, cesaron a los gestores sanitarios y se nombró un nuevo Consejero de Sanidad y continuó la responsable del Servicio de Salud Mental Regional, con nuevos responsables políticos.

Después de un año, sin hablar del asunto en ninguno de los órganos de salud mental, aparece sobre la mesa a finales mayo del 2017 un nuevo decreto que se presenta como definitivo, y se convoca una reunión donde en el orden del día no figura la aprobación del nuevo decreto, y rezaba así “Presentación del análisis de las alegaciones recibidas al Decreto que regulariza los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (C.I.R.P.A.C.)”, y no había más puntos a tratar. Ni tan siquiera las formas se respetaron, Al comienzo de la reunión se nos advierte por la DPAA que, es una reunión para aprobación del nuevo decreto. Solicitamos levantar acta y que la reunión no puede ser decisoria ya que en el orden del día no figura la aprobación del decreto, por lo que entendía, que tenía un carácter informativo. Advertimos del nulo respeto a las formas. Todo está atado, cuando los directores de área de salud recién llegados a sus cargos de las islas avalan el nuevo decreto -Lanzarote, Fuerteventura y Tenerife solicitaron mayor tiempo de reflexión-, y no se ha producido la reunión de consenso de los directores del PIRP, ni se observa disponibilidad por los gestores de actuar con mesura en un asunto tan complejo, más aún, cuando los gestores no han tenido contacto con esta problemática ni tan siquiera los responsables de salud mental ha tenido contacto asistencial ni ha estado en los debates previos.

En la presentación de la secretaria general técnica, queda bien reflejada la posición de la administración sanitaria al enfatizar en varias ocasiones que; el CIRPAC es un órgano sanitario; el nuevo decreto es continuista y no reformador, e insiste que la función del Consejo es coordinar los recursos sanitarios y sociales de la isla. El responsables el PIRP de Tenerife se muestra claramente

contrario al nuevo decreto, y el director del PIRP de Lanzarote (no está nombrado, le sustituye jefe de servicio) expresan su decepción, mientras que Gran Canaria, La Gomera, El Hierro y La Palma se alinean con las posiciones de la administración, mientras que el director de área de Fuerteventura sostiene que tiene que consultarlo con el futuro responsable del PIRP de la isla, no había nadie nombrado en estas fechas. Los Director de Área de Lanzarote y Fuertentura se muestran prudentes solicitando más tiempo para consultas a sus técnicos, y la Dirección de Área de Tenerife, sigue la misma línea con menos fervor. El resto de las Direcciones de Área, sin ningún pudor, avalan la propuesta que está en la mesa. Es lamentable que un cuestión de naturaleza, se impregnen por parte de los gestores, en una dinámica de mayorías o minorías, este es otro de los modos del presente.

Pues bien de publicarse el nuevo decreto en su redacción actual viene a significar la ruptura de consenso que se comenzó con las transferencias sanitarias, dejar las decisiones en salud mental en manos de otros gestores e impedir que los profesionales entendidos en la mantenia puedan reunirse llegar a un consenso, y que, el conocimiento, la opinión cualitativa y la experiencia sea infravalorada y las promesas que se realizan en la COMASAN y en las Coordinadoras insulares de Salud Mental, no tengan ningún vínculo de compromiso para las autoridades. Es otro rasgo del presente, lejos de las diferencias.

Estas modificaciones si se producen y si se publicarán en el BOC, se hará con el respaldo de gestores que no tienen experiencia en el campo de la salud mental. Ha sucedido con el conocimiento proactivo de los gestores sanitarios actuales, y algunos Jefes de servicios a través de sus gerencias hospitalarias, que ha participado en esta decisión. Tampoco han sido consultadas las ONG del sector de la salud mental de familiares y primera personas, -de hecho algunas las que se enteraron de forma no oficial enviaron sus quejas a la dirección de Programas Asistenciales y a las Direcciones de Área- a pesar de forman parte de los CIRPAC y meses antes estas aunque han solicitado información al respecto, se les negaba la existencia de un borrador que, posteriormente se aprobó en una reunión por videoconferencia y a las que no fueron ni invitados. O sea, el cambio del decreto se realiza de espalda

a los profesionales, familiares y del movimiento primera persona, ni se aprovecha la oportunidad para analizar con las otras administraciones y ONG, que han acompañado este proceso durante años, para incorporar su visiones actuales y por parte de los servicios sanitarios, realizarles recomendaciones de modificaciones de sus propias legislaciones en la que se las personas beneficiarias fueran las etiquetadas como TMG con discapacidad y/o dependencia.

Para los profesionales que llevamos muchos años en esta labor, en relación a las personas con TMG ha ocurrido que: a) la toma de decisiones para las personas con TMG está también en otros lugares no sanitarios, b) los problemas tienen carácter transversal afectan a diferentes áreas gubernamentales y niveles administrativos, c) escaso reconocimiento legal del CIRPAC en otros departamentos o órganos de la administración pública cuyas decisiones afectan a nuestros pacientes, d) nuevos desarrollos normativos autonómicos basados en la ley de autonomía y dependencia que afecta a nuestro pacientes.

Por lo tanto, en el proceso de revisión del decreto original, estos aspectos tendrían que formar parte del análisis y la reflexión, para con las administraciones que forman parte del CIRPAC resolver conjuntamente estas “relaciones de poder institucional” y volver a recolocar y mejorar la eficacia del CIRPAC como consejo de cooperación y colaboración para favorecer su visibilidad en las políticas transversales de la administración pública dirigidas a la recuperación de las personas con TMG y sus familias, y corregir “estar fuera de lo que viene decidiéndose” en otros departamentos gubernamentales, como ha ocurrido en el desarrollo del sistema canario de atención a la dependencia y sus decretos que lo conforman o en los desarrollo de los trabajos de la nueva ley de servicios sociales.

Los contenidos que pretenden aprobarse con el nuevo decreto, -ni siquiera en sus funciones se recoge reforzar o complementar los Planes de Salud, o los Planes Insulares de Área- para nada van en la exigencia de las necesidades de reforma que son necesaria para profundizar en la reforma de la atención psiquiátrica, sino en la dirección de la contrarreforma, o sea, somete más al CIRPAC al espacio sanitario, cuando en su esencia y su sentido en su creación, los CIRPAC, pretenden



ocupar un espacio sociosanitaria de participación interadministrativa y de organización ONS, y para nada acomete los cambios para una mayor transversalidad, para que este órgano en el tiempo presente, pueda seguir siendo una pieza clave -que hemos visto en los últimos 15 años- que ejerciera mayor influencia y presencia hacia los lugares y órganos donde hoy se deciden las cuestiones de las personas con trastornos mentales severos (consejos insulares y regionales de discapacidad, o de dependencia o de servicios sociales). La modificación que se aprobada e impuesta al sector para nada ayudará a cambiar la situación de “florero del CIRPAC actual”, lo cual, seguiremos en la ineficacia. Es más aunque las ONG de familias y usuarios nombres a sus representantes en el CIRPAC, estos en última instancia serán “designados” por el Consejero de Sanidad, significa una intromisión en la autonomía de las organizaciones de la sociedad civil. Las asociaciones científicas no se tampoco se recoge su participación en estos Consejos, cuando hoy, hay asociaciones con secciones especializadas en la materia u organizaciones específicas de Rehabilitación.

Tal como queda el nuevo decreto anunciamos que dicho maquillaje no resuelve su contradicción básica, sino la empeora, y hemos perdido una oportunidad histórica de adaptar dicho órganos a los cambios legislativos, y significa en la práctica su enterramiento efectivo. La ACN ya advirtió hace meses la importancia de estas decisiones y que esto podía suceder y de lo que venía ocurriendo (17, 18, 19, 20). A algunos el tiempo pedirá responsabilidades.

Es más, en lo relativo a la figura de la dirección del PIRP, el nuevo decreto o reglamento recoge que deber ser personal del SCS, desoyendo otras posiciones de los profesionales del sector, que sugieren también abrirlo, a profesionales especialistas con amplia experiencia en el ámbito de la recuperación, porque se entendía que esta debería ser una figura con una capacidad de liderazgo más abierto a todos aquellos con responsabilidad en el campo de las personas con trastornos mentales severos, en un órgano con intereses diversos, y con múltiples administraciones y sociedad civil implicadas. Por ejemplo, en la comunidad de Madrid, la organización de los recursos de alojamiento y Rehabilitación, recae en los Servicios Sociales, en profesionales con reconocido presti-

gio no forman parte de la estructura Sanitaria. Y curiosamente la única Dirección Insular de Directores del PIRP afectada por este fusilamiento en forma de nuevo decreto, es la de Tenerife, quién como un claro exponente del espíritu reformador y con ejemplos que han dignificado la asistencia de la salud mental de Canarias, y especialmente en Tenerife, en el ámbito de la recuperación, y más aún en los últimos años, en los órganos oficiales, como la COMASAN Y la COFUTE, ha presentado diferentes iniciativas para seguir mejorar y profundizando en la reforma, y nos anunciaba lo que podría ocurrir. Pueden solicitarse sus actas a los Secretarios de estos organismos.

Que cada uno saque sus lecturas, Cerrar los ojos en estas circunstancias es permitir estos estilos de trabajo y procedimientos están lejos están lejos del espíritu de comunidad, que hay levantar desde la propia casa para luego perder transmitirlo fuera, y si este aspecto es relevante, lo jerárquico como criterio de planificación, se aleja de la “comunidad de todos” a “comunidad de unos cuantos”, las organizaciones de familiares y de primera persona se les ha deja fuera de este proceso, así como, a otras administraciones.

Lo cierto que hoy por hoy visto lo que deciden y como lo deciden, podemos concluir, -si bien en el 2012 la ACN anunciaba que la salud mental en Canarias no tenía rumbo, y la necesidad de un cambio (21)- el rumbo que se ha iniciado es hacia la CONTRAREFORMA PSIQUIÁTRICA y, anunciamos que progresivamente los servicios comunitarios de rehabilitación probablemente quedarán bajo la visión hospitalocéntrica y hacia nuevas formas de reinstitucionalismo en sus prácticas, con debilitamiento del modelo construido y diferenciado entre las islas, raquícticos e ineficaces. Órganos de participación, rompiendo la redes construidas en las últimas tres décadas, e instaurando un estilo para nada conocido en la construcción de los procesos comunitarios, que el marketing revestirá como participativo. En este sentido, lo más grave, es que solo en su mente paralela, piensan falsamente que han resuelto la contradicción principal que sufre nuestro sector para seguir profundizando en la reforma psiquiátrica, y la decisión tomada conscientemente, les ha convertido en los sepultureros de la reforma psiquiátrica en Canarias. Se comienza a romper el modelo de psiquiatría comunitaria y de la sub-

jetividad y ha comenzado un nuevo periodo, que con los años se irá haciendo más emergente, para centrarse en su dominio de la tecnología basado en el cientifismo de la genética, farmacológica y neurológica, donde la neurociencias será la reina y las terapéuticas físicas predominantes.

Hoy más que nunca una psiquiatría crítica, adquiere más importancia, como ha ocurrido en otras épocas de la locura y su consenso social. El que firma el presente artículo ya lo había anunciado, no ahora con este escrito y una vez los hechos han ocurrido, sino anteriormente en los escritos presentados hace meses en la COFUTE (Coordinadora insular de los servicios de salud mental) y en los informes de la ACN (Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental).

### Conclusión

Desde hace un año desde en cada acción de los nuevos gestores de lo público que viene reali-

zando la administración sanitaria y la Jefatura Regional del Servicio de Salud Mental es cada vez más evidente y transparente los pasos que, se ofrecen para el abandono de lo psiquiatría Comunitaria de la subjetividad y la apuesta por una psiquiatría hospitalaria basada en las tecnologías médicas, probablemente, hacia las neurociencias clínicas, dejando a los cabildos de forma progresiva, -ahora Institutos de atención social y sanitaria- ganar cada vez más hegemonía en nuestro sector, en la atención las personas con trastornos mentales severos, bajo el eufemismo de dependencia y discapacidad como ocurrió con los Hospitales Psiquiátricos, con un alto riesgo de reinstitucionalización. Esto es lo significa el enterramiento de los CIRPAC con el nuevo decreto unilateral impuesto al sector de la salud mental, en la línea contraria al espíritu y los objetivos del III Plan de Salud de Canarias (2016-2017).

### Agradecimientos

A todos aquellos hombres y mujeres de bien que un día soñaron que otra realidad era posible en la salud mental y que, sabíamos y sentimos que nuestras vidas, -una vez compartida con otros esta esperanza-, sería al menos algo mejor que antes. Y en vez de estar en el mutismo o de simplemente hablar elegimos de forma libre ir andando.

#### Contacto

Francisco Rodríguez Pulido • fpulido15@yahoo.es • 609 116 523

Campus Ciencias de la Salud. Carretera General La Cuesta S/N • 38075 La Laguna • Tenerife

### Bibliografía

- (1) Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. BOC Núm 96; Viernes 5 Agosto 1994: 5501 p
- (2) Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud. BOC Núm 32; miércoles 15 de marzo 1995; 1640 p
- (3) Orden Interdepartamental 111993, de 19 de mayo, de la Comisión interdepartamental para la Reforma Administrativa, por la que se regula la creación y funcionamiento de la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental. BOC de Núm. 72; viernes 4 de junio de 1993, 3228 p.
- (4) Decreto 193/1997, 24 julio, por el que se modifica el Reglamento Orgánico de la Consejería de Sanidad y Consumo.

- (5) Decreto 3/1997, de 21 de enero, por el que se aprueba el Plan de Salud de Canarias. BOC Núm 41, lunes 31 de marzo 1997; 3302 p.
- (6) Decreto 83/1998, de 28 de mayo, por el que se constituyen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (C.I.R.P.A.C.) para Enfermos Mentales. BOC Núm 75, Viernes 19 Junio 1998; 6362 p.
- (7) Rodríguez Pulido, F. La recuperación de las personas con trastorno mental grave: Modelo de red de redes. Presente y perspectivas de futuro. Cabildo Insular de Tenerife, Fundación Salud y Universidad, 2010.
- (8) Rodríguez Pulido F. La autonomía para el logro del empleo ordinario de las personas con trastornos mentales graves. Simpromi. Cabildo Insular de Tenerife. 2010.
- (9) Plan de Salud Canarias (2016-2017). Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias Servicio Canario de la Salud. Unidad de Planificación Estratégica, Participación y Cooperación Internacional. Noviembre 2016. ISBN 978-84-16878-04-8.
- (10) Metálogos: Canarias. Entrevista a Francisco Rodríguez Pulido R. *Norte de salud mental*, 2017, vol. XIV, no 56: 126-134
- (11) Resolución de 23 de junio de 2015, por la que se ordena la publicación del Convenio de Colaboración entre la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias y el Cabildo Insular de Tenerife para la prestación de servicios en centros residenciales, de día y de noche a personas en situación de dependencia y, en general, a personas mayores o con discapacidad. BOC Núm 126;
- (12) Decreto 197/2002, de 20 de diciembre, de traspaso de servicios, medios personales y recursos al Cabildo Insular de Tenerife para el ejercicio de competencias transferidas en materia de servicios sociales especializados a personas mayores y minusválidos. BOC Nº 021. Viernes 31 de Enero de 2003 - 179.
- (13) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE Núm 128 Jueves 29 mayo 2003 20567p
- (14) Reglamento del Consejo Insular de Personas con Discapacidad. BOP nº125, de 03 de Septiembre de 2004, de pág.13.150 a 13.153.
- (15) Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE» núm. 222, de 16 de septiembre de 2006, páginas 32650 a 32679.
- (16) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE Núm. 299; viernes 15 diciembre 2006; 44142 pp.
- (17) Posición de la ACN ante la presentación del plan de salud mental en la comisión asesora regional de salud mental del gobierno de Canarias por la Consejería de sanidad. Norte de salud mental, 2017, vol. XIV, no 56: 135-138.
- (18) Prioridades y Posición de la ACN ante la política sanitaria en salud mental de la Consejería de Sanidad. *Norte de salud mental*, 2016, vol. XIV, no 55: 120-123.
- (19) La ACN y la modificación del decreto de constitución del Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria para las personas con Trastorno Mental Grave. Junta Directiva Canarias a 14 de Octubre del 2016. <http://www.ascane.org/docs/LaACNyCIRPAC5.pdf>.
- (20) Documento 3 La Salud Mental en Canarias y la aplicación de la ley de la dependencia. Noviembre 2011. <http://www.ascane.org/docs/pdf>.
- (21) Salud Mental sin Rumbo: necesitamos un cambio, ACN-FEAFES canarias, Canarias, Diciembre 2012. [www.ascane.org/docs/pdf](http://www.ascane.org/docs/pdf)

- Recibido: 4/6/2017.
- Aceptado: 28/6/2017.



# FORMACIÓN CONTINUADA



# Sobre el Equipo Terapéutico en Salud Mental.

## *About the Therapeutic Team in Mental Health.*

Ander Retolaza

Psiquiatra. CSM Basauri-Galdakao.

**Resumen:** Casi ninguno de nosotros trabajamos solos. Lo hacemos en equipos en los que compartimos mucho tiempo y tareas con otras personas. Es un lugar común que las actividades humanas, especialmente las productivas, pero a veces también las creativas y las artísticas, se desarrollan de forma óptima en contextos socializados donde puedan ser compartidas, complementadas y potenciadas a su más alto rendimiento. Conviene que en el ámbito de la Salud Mental, donde el trabajo en equipo es lo habitual, analicemos las características y condiciones propias de este tipo de actividad.

**Palabras Clave:** Equipo Terapéutico. Salud Mental. Liderazgo. Grupo de Trabajo.

**Abstract:** Almost none of us work alone. We do it in teams where we share a lot of time and job with other people. It is a commonplace that human activities, especially the productive ones, but sometimes also the creative ones and the artistic ones, develop optimally in socialized contexts when they can be shared, complemented and enhanced to their highest performance. It is appropriate that in the field of Mental Health, where teamwork is the norm, we analyze the characteristics and conditions of this type of activity.

**Key Words:** Therapeutic Team. Mental Health. Leadership. Workgroup.

### Introducción

Casi ninguno de nosotros trabajamos solos. Lo hacemos en equipos en los que compartimos mucho tiempo y actividades con otras personas. Es un lugar común que las actividades humanas, especialmente las productivas, pero a veces también las creativas y las artísticas, se desarrollan de forma más óptima en contextos socializados donde puedan ser compartidas, complementadas y potenciadas a su más alto rendimiento. Conviene que en el ámbito de la Salud Mental, donde el trabajo en equipo es lo habitual, analicemos las características y condiciones propias de este tipo de actividad.

Un grupo humano, por sí mismo, no es aún un grupo de tarea o de trabajo. Existen muchas maneras y propósitos asociados a la reunión de un conjunto de personas. Algunas de ellas pueden dar lugar a comportamientos espontáneos peligrosos o nocivos para el propio grupo o para otras personas. Un grupo puede reunirse para trabajar en un objetivo o tarea común, para celebrar acontecimientos festivos o para agredir a otras personas. Todos los grupos humanos reunidos para la consecución de algún tipo de logro necesitan un mínimo de estructura para poder funcionar y alcanzar el objetivo propuesto. Un equipo de trabajo constituye una forma especial de grupo que tiene unas características determi-

nadas. Pero participa con el resto de los grupos de algunos aspectos comunes que conviene conocer para evitar un mal funcionamiento. La principal característica de un grupo tiene un aspecto negativo: cualquier grupo es susceptible de entrar en formas regresivas que alteren sus objetivos y lo conviertan en otra cosa. Y todo ello sin disgregarse como tal grupo, sin que sus componentes lo abandonen y vuelvan a su existencia individual. La psiquiatría y la psicología social han conseguido teorizar algunas de estas cuestiones que tienen utilidad práctica en el desarrollo de los grupos, incluidos los grupos de trabajo. De una manera especial esto tiene interés para el estudio y desarrollo de los equipos y grupos terapéuticos en el ámbito de la salud mental.

### **El trabajo en equipo: Aproximaciones teóricas**

Los enfoques teóricos sobre la gestión y el trabajo en equipo han sido múltiples. Muchas de las teorías clásicas se caracterizan por la consideración de las personas como agentes laborales desde una perspectiva excesivamente racional. Su idea acerca de la motivación humana se centra en los intereses económicos y una supuesta racionalidad asociada a ellos fundamentalmente. La manera de conseguir más y mejores resultados se basaría en la estructuración lógica y racional del trabajo. Ante las evidentes limitaciones de este tipo de planteamientos, otras corrientes se han venido interesando de forma progresiva por los aspectos y factores psicológicos del trabajador. Estos enfoques comenzaron primero a tener éxito en los Estados Unidos. Así Myers se interesó por la fatiga laboral y sus posibles causas. Las necesidades e intereses de los trabajadores comenzaron a ser entendidas como factores importantes de satisfacción y motivación. Kurt Lewin, que destacó la importancia de la motivación y la frustración en la conducta humana, sentó algunos de los pilares conceptuales de las teorías sobre desarrollo organizacional.

Desde mediados del siglo XX, la empresa es concebida como una organización social y el interés comienza a centrarse en los factores psicológicos que conducen a los individuos a trabajar con mayor motivación cara a un mejor rendimiento. En este contexto Maslow estableció una jerarquía de necesidades que deben ser satisfechas de manera progresiva a lo largo de la vida de un

sujeto. Otro autor, Herzberg, estableció la teoría conocida como de los Dos Factores o Higiene-Motivación, que se centra en los factores que mueven a una persona a realizar mejor su trabajo. Entre ellos están determinados *factores externos* como el salario, la seguridad y las condiciones laborales, junto a otros de naturaleza *interna* como la satisfacción con la tarea, el aprendizaje, el desarrollo profesional, el reconocimiento de logros, etc. Todos ellos constituyen un importante potencial para el incremento de la motivación. Estos autores son algunos de los más relevantes de la escuela conductista que tuvo una gran importancia en los Estados Unidos a partir de los años 60 del pasado siglo. Esta escuela concede gran importancia a la motivación, la cooperación y la planificación.

Las tendencias actuales incorporan elementos de la escuela clásica, que ha tenido desarrollos posteriores más matizados, con aspectos de la escuela conductista y el desarrollo organizacional. Se considera que es necesario un ajuste permanente a la realidad y a las necesidades de cada momento y, a la vez, una planificación estratégica a largo plazo. Se concede gran importancia a la participación y el diálogo para la consecución de los objetivos, los cuales han de estar muy bien definidos y previamente marcados. En las organizaciones sanitarias en particular, el interés por los recursos humanos es muy grande. Las actitudes personales, la dedicación y el interés de los profesionales tienen una influencia decisiva en los resultados de la praxis, tanto en el plano de la salud de los pacientes como en el de la propia satisfacción de los trabajadores. Por otro lado una parte importante de la actividad sanitaria se desarrolla en equipos profesionales y, en consecuencia, el conocimiento y la comprensión de la motivación en el trabajo resultan claves para promover el desarrollo de equipos eficaces. En el ámbito de la Salud Mental todo ello resulta crucial.

### **La Pirámide de Maslow**

Este autor estudió las motivaciones de las personas para progresar a lo largo de la vida. Desde el punto de vista de la psicología social sus propuestas se han utilizado, entre otras cosas, como inspiradoras de los incentivos necesarios para un adecuado desarrollo profesional. Mas-

low concibió este proceso como una escala que se suele representar en forma de pirámide con cinco niveles: los cuatro primeros corresponden a «necesidades de déficit» o de carácter primordial. Al nivel superior lo denominó «autorrealización» o «necesidad de ser».

La idea básica es que sólo se atienden las necesidades superiores cuando se han satisfecho las inferiores. Pero todos aspiramos a satisfacer las necesidades situadas en el vértice de la pirámide. Las fuerzas de crecimiento dan lugar a un movimiento ascendente en la jerarquía, mientras que las fuerzas regresivas empujan las necesidades hacia abajo. Según Maslow tendríamos de:

- *Necesidades básicas.* Son necesidades fisiológicas básicas para mantener la homeostasis y se relacionan con la supervivencia, tales como:

- Necesidad de respirar, beber agua y alimentarse.
- Necesidad de dormir y eliminar los desechos corporales.
- Necesidad de evitar el dolor.
- Necesidad de mantener la temperatura corporal, en un ambiente cálido o con vestimenta.

- *Necesidades de seguridad y protección.* Surgen cuando las necesidades fisiológicas están satisfechas:

- Seguridad física respecto a la integridad del propio cuerpo y de salud (buen funcionamiento del cuerpo).
- Necesidad de seguridad de recursos (casa, dinero, locomoción, etc.)
- Necesidad de vivienda (protección).

- *Necesidades de afiliación.* Son las relacionadas con nuestra naturaleza social:

- Función de relación (amistad, pareja, colegas o familia).
- Aceptación social.

- *Necesidades de estima y reconocimiento.* Maslow describió dos tipos de necesidades de estima:

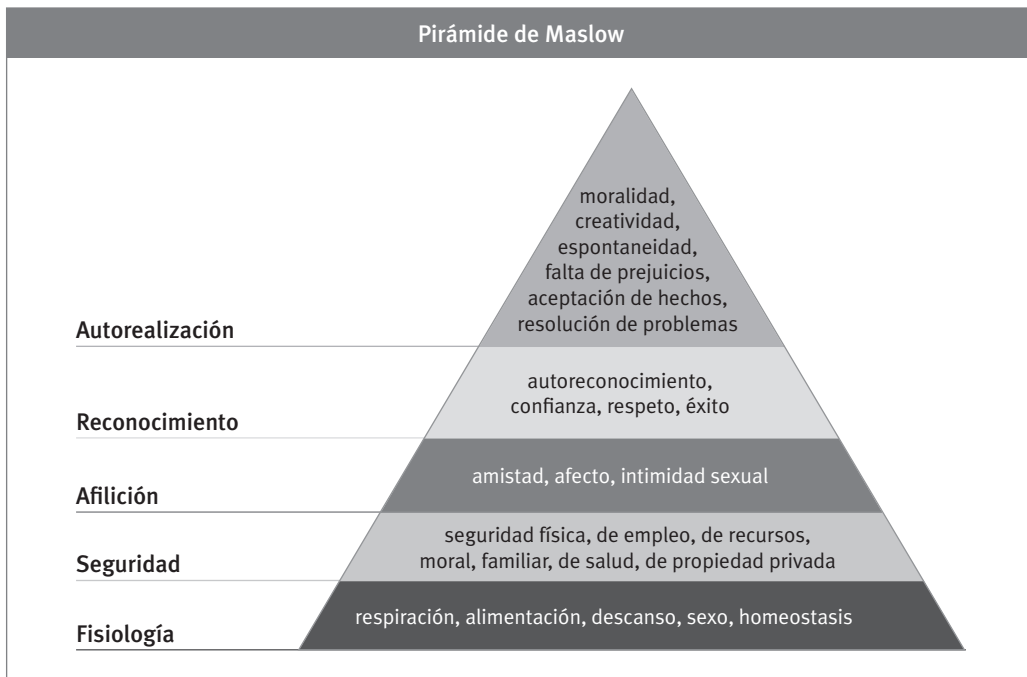
- La estima *alta* concierne a la necesidad del respeto a uno mismo, e incluye sentimientos tales como confianza, competencia, maestría, logros, independencia y libertad.
- La estima *baja* concierne al respeto de las demás personas: la necesidad de atención, aprecio, reconocimiento, reputación, estatus, dignidad, fama, gloria, e incluso dominio.

La merma de estas necesidades se refleja en una baja autoestima e ideas de inferioridad. El tener satisfechas estas necesidades apoya el sentido de vida y la valoración como individuo y profesional, que tranquilamente puede avanzar hacia la necesidad de la autorrealización.

La necesidad de autoestima es una necesidad de equilibrio en el ser humano, dado que se constituye en el pilar fundamental para que el individuo se convierta en la persona de éxito que siempre uno quiere ser, o en alguien abocado al fracaso, que no puede lograr nada por sus propios medios.

- *Autorrealización.* Este último nivel es algo diferente y Maslow utilizó varios términos para denominarlo: «motivación de crecimiento», «necesidad de ser» y «autorrealización».

Es la necesidad psicológica más elevada del ser humano, se halla en la cima de la jerarquía, y a través de su satisfacción se encuentra una justificación o un sentido válido a la vida mediante el desarrollo potencial de una actividad. Se llega a ésta cuando todos los niveles anteriores han sido alcanzados y completados, al menos, hasta cierto punto.



### Grupos. Organizaciones. Instituciones

1. Kaës define al grupo como “un conjunto de individuos que interaccionan (con roles, estatutos, etc...) y comparten ciertas normas en la realización de una tarea”.

Algunas ideas de interés a tener en cuenta en este contexto serían las siguientes:

**Sociabilidad sincrética:** En todo grupo existe una relación no individual, no interaccional (sino más anónima) que constituye la matriz de base del grupo y persiste durante toda la duración del mismo.

**Sociabilidad por interacción:** Se produce de manera interaccional, basada en las relaciones de las personas entre sí, sobre el fondo de sociabilidad sincrética.

El sincretismo se definiría como un estado de no discriminación que existe en la constitución del individuo y que, a su vez, se observa también en toda organización social. Su naturaleza es preverbal y se transmitiría en los grupos casi sin síntomas manifiestos. La grupalidad sincrética se opone a la grupalidad por interacción. En el

momento de la grupalidad sincrética lo que se da es un fenómeno de simbiosis que aparece visible a través de la angustia confusional en la que lo que está en duda es la existencia de uno mismo como individuo diferenciado.

Por otro lado la pertenencia a un grupo aporta a sus miembros una cierta seguridad que se afianza por el hecho de que experimentan juntos y simultáneamente un mismo proceso de acceso a la identidad.

El individuo es objeto de presiones por parte de los otros componentes del grupo para que adopte opiniones y conductas de acuerdo a las normas del grupo. Ello supone una exigencia de conformismo. Pero el conformismo no tiene siempre un carácter coercitivo. El individuo puede valorar su pertenencia al grupo y aceptar sus normas con el fin de conseguir un objetivo personal, por ejemplo, satisfacer su necesidad de afecto.

Además los grupos generan cierta solidaridad que permite al individuo defenderse de manera más eficaz contra las presiones del exterior. Los individuos pueden utilizar los sistemas de roles y de normas institucionalizados en los equipos para reforzar sus mecanismos de defensa contra

la ansiedad. Esto, en ocasiones, puede llevar a una disfuncionalidad que aleja al grupo de su tarea y lo centra en la satisfacción de las necesidades de sus miembros.

- Ejemplos de grupo de trabajo: Un equipo de Psiquiatría Comunitaria en un Centro de Salud Mental. Un equipo de Atención Primaria. Un Servicio Hospitalario de Psiquiatría.

2. Una Organización está formada por individuos, grupos, locales y servicios. Todos estos componentes se articulan en una interdependencia para la realización de un objetivo común que consiste en producir un bien o un servicio. Se trata de una estructura sistémica, donde la modificación de un elemento conlleva la modificación de todos los demás. Dos formas alternativas de entender las organizaciones son las siguientes:

- Modelo Organización científica del Trabajo: En esencia teoriza que las organizaciones funcionan como una maquinaria cuyos engranajes se ajustan perfectamente los unos a los otros, no teniendo en cuenta los factores emocionales derivados de las relaciones entre sus miembros.
- Modelo Relaciones Humanas: Muestra que las organizaciones generan satisfacciones e insatisfacciones en las personas que participan en ellas.

El trabajo puede ser una fuente de expansión y de realización personal cuando la organización funciona conforme a un ideal, como una especie "*familia feliz*". Aunque esto no siempre es lo ideal.

- Ejemplos de Organizaciones: La Red de Salud Mental de Bizkaia. La OSi Barrualde. El Hospital de Galdakao.

3. Una Institución se define como un conjunto de normas que se aplican en un sistema social y que definen lo que es legítimo y lo que no lo es dentro de ese sistema. El concepto de Institución se ha utilizado con significados muy diversos. Kaës señala que debe ser empleado para referirse a un conjunto de reglas y actividades agrupadas alrededor de valores y funciones sociales. Para este autor toda organización tiende a mantener la misma estructura que el proble-

ma que trata de enfrentar y para la que ha sido creada. Así un hospital termina teniendo, como organización, las mismas características que los enfermos a los que trata (aislamiento, privación sensorial, restricción de comunicaciones...). Las organizaciones psiquiátricas tendrían, pues, las mismas características que la enfermedad mental. Esta afirmación, aunque puede contener algún aspecto real, resulta algo exagerada. Es más preciso afirmar que las organizaciones e instituciones psiquiátricas (y otras) serían depositarias de la sociabilidad sincrética, o de los aspectos psicóticos (o, si se prefiere, entrópicos) que siempre existen en las relaciones de las personas, lo que explicaría la tendencia al desorden, a la burocracia y la resistencia al cambio. Ejemplos de Instituciones: Osakidetza. La Consejería de Sanidad.

### El equipo multidisciplinar

El concepto de equipo de trabajo se corresponde con grupos no muy grandes, compuestos por personas que están en contacto directo y colaboran entre sí. El equipo está comprometido en una acción coordinada, que forma parte del trabajo de la organización de la que sus componentes son responsables. Para la buena marcha del equipo se hacen necesarios algunos atributos en sus miembros: compromiso, confianza, sentimiento de pertenencia, comunicación, implicación. El equipo debe tener un objetivo de trabajo y un método para llevarlo a cabo asumido por todos sus componentes.

Algunos elementos que definen a un equipo son los siguientes:

- Grupo pequeño de personas (o, al menos, no muy grande).
- Los miembros tienen objetivos y tareas comunes.
- Roles bien definidos.
- Cada miembro asume la responsabilidad de llevar a cabo una tarea definida.

Un equipo clínico de salud mental suele estar compuesto por psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería y trabajadores sociales. Con frecuencia suele disponer de auxiliares de enfermería y, a veces, de terapeutas ocupacionales. Es muy habitual que también haya auxiliares

administrativos. En total entre un mínimo de 4 y un máximo aproximado en torno a unas 20 personas.

Podemos contemplar el equipo como una suma de personas o como un instrumento de provisión de cuidados en sí mismo. El equipo óptimo se va consolidando a lo largo de un proceso de cohesión que se desarrolla en el tiempo. Para ello los elementos básicos son una comunicación eficaz, respeto entre sus integrantes, capacidad para valorar las aportaciones y el esfuerzo de cada miembro, flexibilidad para complementarse, coordinarse de una manera eficaz y comprometerse con la consecución de la tarea colectiva. Todo ello supone un proceso de maduración individual y grupal que conduce a la consecución de un verdadero equipo de trabajo.

Cuando los miembros de un grupo se constituyen en equipo sus integrantes se comprometen a asumir la presencia y los riesgos de la aparición de conflictos, a unir los frutos de su trabajo y a emprender las acciones necesarias para construir un propósito común y una responsabilidad compartida. Las características de un equipo integrado y consolidado implican un entorno clínico, un estilo de liderazgo y un buen grado de coordinación con otros equipos. Hay que saber que los conflictos aparecen siempre, ya que forman parte del proceso evolutivo de los equipos. Lo importante es encontrar la manera correcta de afrontarlos y asumir que las crisis son necesarias para el crecimiento de los grupos de trabajo.

Desde el punto de vista de la Medicina Basada en la Evidencia la efectividad de los equipos multidisciplinares se ha evaluado poco. Existen escasos estudios y hay déficits metodológicos. La evidencia publicada más sólida proviene de los equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) donde sí ha quedado claramente demostrado que el trabajo en equipo es superior al trabajo individual. Las ventajas mejor establecidas de los equipos multidisciplinares desde el punto de vista de la efectividad han sido las siguientes:

- Se producen relaciones personales de alta calidad entre profesionales, usuarios y cuidadores habituales.
- Las tareas y cuidados están claramente definidas para un grupo específico de usuarios.

- Los servicios prestados son integrales y van más allá del tratamiento exclusivo de los síntomas psiquiátricos. Aspectos como alojamiento, empleo y ocio están entre este tipo de servicios.
- El equipo tiene capacidad para responder de forma flexible a las demandas (frente a la rigidez tradicional).
- Existe claridad acerca de los roles y tareas de los miembros del equipo, sus tareas y responsabilidades.
- Hay un liderazgo visible en el equipo y existen sistemas de coordinación consensuados.
- El estilo de liderazgo tiende a ser colaborador y participativo.
- El equipo está bien coordinado e integrado con otros servicios comunitarios externos (Área Sociosanitaria).
- El equipo recibe regularmente información sobre el cumplimiento de sus objetivos.
- Se evalúa la función individual de cada uno de los miembros del equipo. Existe supervisión y desarrollo profesional.

### Liderazgo y Poder

Es necesario comentar algunas cosas sobre el liderazgo. A este respecto se ha comentado que *“los administradores hacen correctas las cosas, mientras que los líderes hacen las cosas correctas”*. El líder es quien consigue que el equipo haga aquello que tiene encomendado hacer y no otra cosa. En los grupos humanos siempre existen fuerzas disgregadoras que tienden a desestructurarlos y los alejan de su cometido cuando éste existe. El liderazgo es la principal fuerza dinámica que estimula, motiva y coordina al equipo o a la organización en el cumplimiento de sus objetivos. Entre la gran cantidad de definiciones sobre el liderazgo, lo esencial es el ejercicio de la autoridad y el mando capaz de influir en el comportamiento de los demás y que se traduce en la satisfacción del grupo por el correcto cumplimiento de la tarea encomendada. Desde esta perspectiva el liderazgo se entiende como un proceso de cambio y transformación.

La función del líder consiste en incentivar y fortalecer las capacidades, destrezas y habilidades

de los componentes del equipo. Esto es, de empoderarlos, haciéndoles sentir confianza en sus propias capacidades para el logro de sinergias en la consecución de metas comunes. Se trata de la capacidad de influir sobre la conducta de otras personas (Weber) de modo persuasivo. Este poder se legitima y consigue de maneras diversas. En las organizaciones sanitarias la legitimidad suele ser de tipo legal o racional, esto es, basada en la creencia en la legalidad de los ordenamientos establecidos y en la de los títulos de quienes ejercen el dominio. Esto la diferencia de la legitimidad tradicional basada en las tradiciones o en la legalidad carismática que se supone que descansa en la sumisión al valor personal de alguien al que se cree dotado de cualidades extraordinarias.

Toda organización precisa de una estructura de poder. Según los medios utilizados pueden definirse distintos tipos de poder, cada uno de los cuales dará lugar a distintos tipos de organizaciones:

- Utilitario o de Recompensa (basado en incentivos, estatus, prestigio,...).
- Coercitivo (basado en el castigo).
- Derivado del cargo (el puesto ocupado en la organización otorga el derecho a marcar directrices).
- Poder de liderazgo (basado en el asentimiento que se expresa a la persona misma y sus cualidades y no en base al cargo). Cuando una persona alcanza esta forma de poder decimos que es un líder.
- Poder pericial (basado en el saber o dominio de una materia).
- Poder interno o autocontrol. Cuando el conjunto de las personas logran internalizar las pautas, valores y símbolos de la organización a la que pertenecen.

Por otro lado es importante reseñar los dos elementos presentes en toda gestión eficaz: 1) La orientación hacia objetivos concretos y 2) La determinación del grado en el que esos objetivos se han alcanzado. Y también, los dos grandes indicadores del desempeño de una gestión eficaz: 1) *Efectividad*, entendida como el logro de los objetivos de la organización y 2) *Eficiencia*,

entendida como el uso adecuado de recursos humanos, económicos y técnicos para el logro de esos objetivos.

La tarea de una organización y de los equipos de trabajo cuya encomienda es la Salud Mental de la población en un territorio o zona determinados, consiste en mantener en las mejores condiciones posibles el estado de salud mental de la población adscrita a la organización y/o al servicio y en tratar de la mejor manera posible a las personas con problemas de salud mental que acudan a recibir atención. Todo ello ha de hacerse con la mejor administración posible de los recursos disponibles, sin realizar un mal uso de los mismos.

Un elemento importante para el buen funcionamiento de los equipos terapéuticos reside en identificar correctamente los límites del equipo y su tarea. Esto supone identificar la tarea específica del grupo en relación con otros grupos y con el Sistema de Salud Mental. También en identificar la tarea concreta de cada miembro del equipo. Suele ocurrir que algunos aspectos de las tareas grupales pueden ser comunes a varios componentes del equipo terapéutico. El conocimiento de este grado de solapamiento es deseable porque puede contribuir al fortalecimiento del grupo. Pero en ocasiones crea dificultades a algunas personas que, debido a ello, no consiguen definir claramente su tarea específica y se encuentran desubicadas. Es tarea del líder el ayudar a solventar este tipo de situaciones.

### **Mecanismos y Procesos Psicológicos en los Grupos de Trabajo**

Las relaciones entre los miembros de un equipo terapéutico son complejas y pueden movilizar ansiedades que originen comportamientos disfuncionales. Existen en todos nosotros ansiedades primarias persecutorias y depresivas que se pueden activar en situación grupal. Conviene tenerlas controladas y equilibradas en el seno de un equipo terapéutico. Las podemos ejemplificar con la parábola de los erizos tomada del filósofo Schopenhauer. *“Para defenderse del frío invernal, los erizos decidieron juntarse los unos a los otros con el fin de darse calor, pero al acercarse mucho se pincharon y debieron de nuevo alejarse. Sin embargo si se alejaban mucho volvían a*

*sentir frío y se dieron cuenta de que debían volver a acercarse. Tras varios intentos encontraron la distancia adecuada en la que se protegían del frío lo suficiente y no llegaban a pincharse”.*

Interesa describir dos situaciones que se dan con frecuencia en los grupos dedicados a tareas psicoterapéuticas: *Identificación Proyectiva* e *Identificación Introyectiva*. Se trata de dos mecanismos de defensa, teorizados desde el psicoanálisis, que aparecen en niños muy pequeños y en pacientes graves y que pueden servir también para el análisis de algunas circunstancias que se dan en los grupos y en las relaciones terapéuticas. La *Identificación Proyectiva* consiste en que el paciente reconoce como ajenos aspectos de su persona que ha colocado previamente en otras personas porque le resultaban desagradables o peligrosos. De esta forma puede atacarlos e intentar controlar y dañar al otro. La *Identificación Introyectiva*, a la inversa, consiste en la incorporación de aspectos de otras personas que el paciente reconoce como propios. Del interjuego entre ambas se derivarían algunos de los aspectos más profundos y básicos que se dan en el trabajo de los equipos con sus pacientes.

El proceso de acercamiento y tratamiento con pacientes graves requiere de una serie de interacciones con los mismos que posibilite una reestructuración de su personalidad. En este contexto ciertas situaciones que se pueden crear son susceptibles de movilizar en los componentes del equipo algunas de las ansiedades básicas arriba mencionadas. Una de las funciones más importantes de un equipo terapéutico consiste en recibir como una pantalla las proyecciones de los pacientes, elaborarlas y permitir que éstos las introyecten ya transformadas. Para realizar correctamente esta tarea un profesional concreto o el equipo terapéutico debe actuar de la forma más neutra posible, pero es frecuente que se vea compelido a actuar contratransferencialmente, en una especie de movimiento de respuesta automática a esos núcleos depositados por los pacientes en él. En estas condiciones no consigue su función terapéutica.

Se supone que el equipo terapéutico debe representar para el paciente una especie de “*familia sustituta*” que le permita una experiencia emocional correctora respecto a las experiencias

que puedan tener que ver con su padecimiento. Sin embargo en el propio equipo terapéutico pueden tener lugar dificultades diversas que imposibiliten esta tarea. Algunas de estas dificultades pueden derivarse de circunstancias reales (estrés y sobrecarga de trabajo, rivalidades con otros componentes del equipo,...). Pero otras pueden provenir de las identificaciones proyectivas que los pacientes han depositado en los miembros del equipo. En esta situación el equipo no alcanza a tener la suficiente flexibilidad para adaptarse a la tarea terapéutica y se esclerotiza.

La principal consecuencia de esta esclerosis es una negación defensiva de las dificultades y un intento de aparentar un funcionamiento ideal que, a todas luces, no existe casi nunca. El grupo de trabajo “*suficientemente bueno*” es aquél que conoce sus limitaciones y dificultades y puede trabajar lo mejor posible con los pacientes a pesar de ellas. Cuando aparece la esclerosis se produce una rigidificación de las relaciones grupales, una burocratización en su desempeño y una negación de los problemas. Esta situación se suele amparar en diversos mecanismos defensivos. Algunos de los más típicos son los siguientes:

- El recurso a la tradición. Que puede presentarse de maneras tales como idealizar los orígenes del grupo, recurrir a las razones de las figuras de autoridad, especialmente de aquéllas que estuvieron en el origen del grupo, ampararse en que las cosas siempre se han hecho de una determinada manera, etc... El objetivo último de todas estas maniobras es negarse al cambio y al cuestionamiento que éste supone para el grupo tal y como ha funcionado hasta el presente.
- El igualitarismo a ultranza. Que en lo esencial consiste en negar las diferencias de cualquier tipo (conocimiento, poder, jerarquía, responsabilidad,...) existentes entre los miembros del grupo. Con ello se consiguen ocultar rivalidades y temores asociados a estas diferencias.
- Los rituales de grupo. Con esto se quiere remarcar la tendencia de algunas instituciones y grupos a perseverar en ciertos hábitos colectivos de comportamiento que, marcados por la tradición, han perdido su función original y sólo

sirven como marcas de contexto que impiden cualquier cambio y planteamiento de los problemas reales. Determinadas reuniones de trabajo, trámites burocráticos o hábitos de comportamiento colectivos asumidos por los componentes del equipo pueden servir a este fin.

- El ataque al pensamiento y la inmovilización. Las instituciones asistenciales son especialmente vulnerables a padecer episodios disfuncionales que marcan su historia y las hacen frágiles. En ocasiones los profesionales mantienen relaciones ambivalentes con la institución. Quedan atrapados entre el deseo de satisfacer sus fines personales y la imposibilidad de renunciar al funcionamiento del grupo. En estas condiciones se movilizan afectos negativos como el odio y, sobre todo, la envidia. Los componentes del equipo pueden verse afectados por una auténtica parálisis del pensamiento, ya que los puntos de vista personales, que se salen del discurso común, tienden a ser atacados, ridiculizados y destruidos.
- La exclusión y marginación de alguno de los componentes del equipo. Es lo que se denomina con la figura del “*chivo emisario*”. Normalmente ocurre que la mayor parte de los componentes del equipo atacan y excluyen a quien se manifiesta de manera original y diferente.
- La utilización de los pacientes por parte de los profesionales. Se trata de un resultado último de algunas de las maniobras anteriores. Puede aparecer la tentación de manipular a los pacientes para defender la identidad del grupo por parte de quienes la sienten atacada. Muchas largas discusiones de tipo legal, organizativo o burocrático están amparando esta forma de bloqueo grupal en la que, en lo aparente, se defienden los intereses de los pacientes, pero sin atender a su sufrimiento o pedirles su opinión.

### **Movimientos afectivos grupales. Bion y los Supuestos Básicos**

Se trata de estructuras emocionales compartidas que dan cuenta del clima afectivo que se produce dentro de un grupo humano en determinadas circunstancias. Este tipo de estructuras, conocidas como Supuestos Básicos, se asemejan a vivencias que aparecen en pacientes graves y se

darían de forma inconsciente en la zona de sociabilidad sincrética del grupo.

#### **1. Supuesto Básico de Dependencia.**

El grupo se encuentra, como un niño pequeño, en una total sumisión al líder que, inconscientemente es considerado como todo-poderoso y capaz de dar respuesta acertada a cualquier situación que se plantee. El grupo se encuentra en una situación de total amparo y seguridad mágica, pero sus componentes pueden sentir necesidad de mayor libertad y suelen sentir envidia del poder absoluto que otorgan al líder. Un ejemplo de este tipo de grupo es la Iglesia sumisa ante el poder infinito de Dios y al que éste otorga a sus sacerdotes.

#### **2. Supuesto Básico de Lucha y Fuga.**

En este caso el líder toma la forma de un caudillo capaz de conducir al grupo a la victoria en la lucha sin cuartel con otros enemigos que persiguen al grupo y contra los que hay que combatir, o bien, de los que hay que huir. Aquí el ambiente emocional es de peligro, cohesión y sensación de seguridad junto a los compañeros y estimulación guerrera bajo el líder que conduce a la victoria. Un buen ejemplo de este tipo de grupo es el ejército.

#### **3. Supuesto Básico Mesianico o de Apareamiento.**

Aquí el grupo proyecta su cohesión y seguridad, no en el presente, sino en el futuro, guiado por un mesías redentor que surgirá de la unión de una pareja idealizada por el grupo. El ambiente emocional que impregna la situación es de esperanza ante las dificultades y está teñido de un clima erótico. La función del grupo es la de propiciar la llegada del redentor. Esta redención puede venir de una persona o de una idea. Se suele poner como ejemplo de este tipo de grupo a la institución monárquica en la que la educación del Príncipe es una de sus tareas fundamentales.

La teoría sostiene que estas estructuras grupales se producen de una manera inconsciente e implícita en todos los grupos humanos y que tienden a aparecer en situaciones de regresión grupal. Lo habitual es que los grupos humanos vayan pasando de uno a otro de los Supuestos Básicos como si se tratara de un caleidoscopio. Si el grupo está dotado de una tarea concreta y

funciona con reglas racionales, estos supuestos tienden a estar como adormecidos en su interior, pero dispuestos a aparecer cuando surjan dificultades.

### El equipo Terapéutico

Un equipo terapéutico bien constituido asume y supera todas las circunstancias hasta aquí descritas y, con ello, a pesar de sus imperfecciones consigue incorporar todo el potencial transformador que encierran las relaciones informales y la fuerza de cohesión del grupo. De esta manera se hace posible la realización de tareas que los miembros aislados del equipo no podrían realizar de manera individual. El trabajo en equipo proporciona una oportunidad para el desarrollo personal y profesional debido a que cada miembro del grupo aporta su competencia, a la vez que aumenta sus propios conocimientos y posibilidades. Las discrepancias que aparecen en su seno pueden ser aprovechadas para continuar explorando y profundizando en las diversas cuestiones.

Para alcanzar de una manera adecuada el estado ideal como equipo de trabajo hace falta cumplir algunos requisitos:

- Es importante que cada miembro del equipo profundice en un buen nivel de autoconocimiento.
- Hay que ser capaz de tolerar y soportar, tanto en uno mismo como en los demás, situaciones de ambivalencia e incertidumbre que siempre aparecen.

Cumplidas estas tareas se dan las circunstancias que producen que los componentes del equipo puedan actuar como terapeutas y como figuras de apego. Los trastornos mentales amenazan a fondo la seguridad de los pacientes y los profesionales pueden actuar como figuras temporales de apego, proporcionándoles un continente afectivo semejante a la función materna. A través de la escucha empática ayudan al paciente a desarrollar una mejor “capacidad de pensar” y de tolerar la ansiedad, utilizando su propio proceso mental para contener y digerir las proyecciones de aquél.

Se han observado en niños diferentes actitudes de “apego inseguro” por ejemplo: evitador,

ambivalente, desorganizado que, cuando interactúan con otros factores de vulnerabilidad predisponen a trastornos psiquiátricos. Algunas personas buscan ayudar a los demás debido a que ellas mismas tuvieron en su día un apego inadecuado, que les lleva a la necesidad compulsiva de cuidar a otros. Esto se observa, a veces, en algunos profesionales que corren el riesgo de quemarse en su trabajo. Quienes trabajan en profesiones asistenciales, de forma inevitable, fracasan repetidas veces con algunos o muchos de sus pacientes en exceso dañados o carenciados. Si este fracaso despierta culpa o ansiedad muy grandes, los profesionales, al igual que los niños pequeños, pueden retroceder a formas primitivas de defensa con el fin de mantener una precaria autoestima.

Entre adultos pueden observarse tres formas de apego inadecuado: *renunciador*, *preocupado* e *irresoluto*. Cuando entran en contacto, como pacientes, con servicios de Salud Mental, las personas “renunciadoras” pueden encontrar difícil implicarse en el tratamiento; las personas “preocupadas” pueden sentirse bloqueadas o ambivalentes ante la ayuda que se les ofrece y parecen no aceptarla, mientras que las irresolutas pueden tener dificultades para aceptar los aspectos dolorosos que produce el tratamiento. Por el contrario las personas con “apego seguro” se muestran más abiertas a hablar de sus síntomas y suelen cumplir mejor las prescripciones terapéuticas, incluidas las medicamentosas. En los Servicios Hospitalarios de Psiquiatría se producen algunas situaciones que desencadenan en los pacientes conductas de apego. El paciente, por ejemplo, puede tener un miedo excesivo a abandonar el hospital en el momento del alta y sus síntomas se exacerban cuando se la comunican. La marcha del servicio de alguno de los profesionales con los que se ha vinculado puede, también, desencadenar reacciones adversas de pena o agresividad. Muchos pacientes de estas características provocan conductas de excesiva vinculación en los profesionales. Por otro lado, ante respuestas agresivas de los pacientes, pueden experimentar reacciones contratransferenciales excesivas que les lleven al uso de medidas de contención excesivas o inapropiadas, como lo puede ser, en algunas ocasiones, la sujeción mecánica.

Las instituciones psiquiátricas, en sí mismas, pueden ser figuras de apego para los pacientes carentes de apego seguro en su infancia. En ocasiones el vínculo con profesionales e instituciones puede durar mucho tiempo tras el alta del

paciente. Los profesionales deben proporcionar a los pacientes una base de seguridad suficiente y un continente afectivo que les ayude a modular sus ansiedades. Se trata de “estar con los pacientes” más que de “hacer cosas con los pacientes”.

### Contacto

Ander Retolaza • [ander.retolazabalsategui@osakidetza.eus](mailto:ander.retolazabalsategui@osakidetza.eus)

### Bibliografía

- Myers DG. (2005): *Psicología Social* (8ª Edición). McGraw-Hill/Interamericana de México.
  - Lewin K. (1988): *La Teoría del Campo en la Ciencia Social*. Ediciones Paidós. Barcelona. Buenos Aires.
  - Maslow A. (1991): *Motivación y Personalidad*. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid.
  - Herzberg F, Mausner B, Snyderman B. (1959): *The Motivation to Work* (2ª Edición). Jhon Wiley. New York.
  - Käes R. (1977). *El aparato psíquico Grupal. Construcciones de Grupo*. Barcelona: Granica.
  - Bleger J. (1967): *Simbiosis y ambigüedad*: Editorial Paidós. Buenos Aires.
  - Stein I. L. y Santos A. B. (1998). *Tratamiento asertivo comunitario de personas con enfermedades mentales graves*. Nueva York y Londres: W. W. Norton.
  - Weber M. (1996): *Economía y Sociedad*. México D.F. Fondo de Cultura Económica.
  - Bion, Wilfred R. (1990). *Experiencia en grupos*. Editorial Paidós. Barcelona.
  - Guimón J. (2002): *Los Profesionales de la Salud Mental: Actividades, Vicisitudes y Formación*. Core Academic. Cantabria.
  - Anseán A (2012): *Liderazgo y Dirección de Equipos en salud Mental en Anseán (Ed.) Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental. Vol II: Dirección de Centros y Servicios de Salud Mental*. Edicomplet. Madrid.
- Recibido: 5/12/2016.
  - Aceptado: 15/12/2016.

# Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XXV)

## Fundamentos teóricos. 2<sup>o</sup> parte.

Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz

*Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada* es una sección que de modo permanente aparece en NORTE desde 2007. Se pretende que la persona que lo desee pueda autoevaluarse en áreas clave de conocimiento siguiendo un formato de pregunta de elección múltiple tipo MIR en los que cada ítem es comentado y soportado bibliográficamente. En este número de NORTE se ahonda en la contribución de las ciencias psicosociales y socioculturales. Se repasan temas algunos antiguos y otros vanguardistas pero todos ellos rabiosamente actuales como Jean Piaget y el desarrollo de la cognición, la teoría del apego y del aprendizaje, la biología de la memoria y la delimitación entre salud y enfermedad mental. Además se incidirá en la sociología, etología, transculturalidad y los grandes síndromes psiquiátricos relacionados con la cultura son abordados explícitamente.

### Preguntas

**Pregunta 1.** Jean Piaget describió 4 etapas en el desarrollo cognitivo que conducen a la capacidad del pensamiento adulto, señale cuál de las siguientes NO es una etapa del desarrollo intelectual propuesta por Piaget:

- a. Sensitivomotora
- b. Preoperacional
- c. Operaciones concretas
- d. Operaciones formales
- e. Etapa sublimatoria final

**Pregunta 2.** Indique cuál de las siguientes fases del desarrollo cognitivo propuestas por Jean Piaget

corresponde a la más evolucionada y madura del proceso del desarrollo intelectual:

- a. Fase semiótica
- b. Razonamiento silogístico
- c. Operaciones formales
- d. Principio de reversibilidad
- e. Principio de conservación

**Pregunta 3.** La teoría del apego fue descrita por:

- a. Stern Donald
- b. Bowlby John
- c. Freud Sigmund
- d. Mahler Margaret
- e. Ainsworth Mery

**Pregunta 4.** Mery Ainsworth desarrolló un procedimiento para evaluar una etapa del desarrollo psicológico de los seres humanos, señale cual:

- a. La seguridad del apego
- b. El objeto transaccional
- c. La depresión anaclítica
- d. La fobia social
- e. El mutismo selectivo

**Pregunta 5.** La depresión anaclítica es también conocida como:

- a. Depresión de los niños huérfanos
- b. Episodio centinela de bipolaridad futura
- c. Letargia maligna del prepúber
- d. Hospitalismo
- e. Sd. de Kandinsky

**Pregunta 6.** A Donald Winnicott se le atribuye la descripción de:

- Objeto transaccional
- Impronta
- Permanencia objetal
- Sonrisa social
- Constancia objetal

**Pregunta 7.** Alguna de las siguientes interrelaciones acerca de la evolución normal del individuo es falsa, señálela:

- Sonrisa a la voz materna - 3 semanas de edad
- Sonrisa social - 1 a 3 meses de edad
- Angustia de separación - 7 a 9 meses de edad
- Decir no con la cabeza - 16 meses a 2 años de edad
- Ansiedad ante el extraño - 3 a 5 años de edad

**Pregunta 8.** Señale de las siguientes afirmaciones sobre definiciones en Psiquiatría Transcultural, aquella que considere verdadera.

- Antropología de la medicina es aquella especialidad que estudia los sistemas médicos, las dimensiones sociales y culturales de la enfermedad y los factores socioculturales que inciden en el desarrollo de las enfermedades y en sus prácticas de tratamiento.
- Etnomedicina Tradicionalmente engloba exclusivamente los sistemas médicos indígenas, actualmente se la considera una especialidad de análisis de cualquier sistema incluida la biomedicina.
- Biomedicina, también llamada medicina occidental, científica, alopática, cosmopolita o etnomedicina fisiológicamente orientada.
- Síndromes delimitados culturalmente: son aquellas alteraciones y trastornos de tipo sindrómico y por tanto no totalmente definidos desde el punto de vista orgánico que aparecen en contextos culturales específicos y no fuera de ellos.
- Todas son correctas.

**Pregunta 9.** El DSM-5 en su Glosario de conceptos culturales de malestar define diferentes enti-

dades culturales. Señale de entre las siguientes afirmaciones sobre éstas entidades, aquella que considere FALSA:

- Khyâl cap: o “ataque de viento”, es un síndrome que aparece entre los camboyanos.
- Kufungisisa: “pensar demasiado”, se da entre los shona de la zona de Zimbabwe.
- Síndorme Dhat, “enfermedad causada por los humanos” o “enfermedad enviada” se presenta en las comunidades haitianas.
- Shenjing suairuo, significa “debilidad del sistema nervioso” en chino mandarín.
- Taijin kyofusho o “trastorno por temor interpersonal” en japonés.

**Pregunta 10.** El DSM-5 no sólo incluye una versión actualizada de la Guía para la Formulación Cultural sino que también presenta una aproximación a la evaluación, utilizando la Entrevista de Formulación Cultural (EFC), que ha sido sometida a estudios de campo para determinar su utilidad diagnóstica entre los clínicos y su aceptabilidad entre los pacientes. Señale de entre las siguientes afirmaciones sobre dicha Entrevista aquella que considere FALSA:

- es una serie de 16 preguntas.
- es una entrevista breve semiestructurada.
- se deben contestar correctamente al menos 10 preguntas.
- se centra en 4 dominios de evaluación.
- el objetivo es obtener información sobre el impacto de la cultura en la presentación clínica y la asistencia a un individuo.

**Pregunta 11.** En 1973, el premio Nobel de Medicina se otorgó a tres etólogos: Karl von Frich, Konrad Lorenz y Nikolaas Tinbergen. Estas distinciones pusieron de relieve la especial trascendencia de la etología no solo para la medicina sino también para la psiquiatría. Señale de entre las afirmaciones siguientes en relación con la etología y la psiquiatría aquella que considere FALSA:

- Konrad Lorenz, etólogo austriaco, es conocido por sus estudios sobre las improntas.
- Nikolaas Tinbergen, zoólogo británico, en su último trabajo estudió el trastorno autista temprano en la infancia.

- c. Karl von Frich, etólogo austriaco, estudió la manera en que las abejas se comunican entre ellas, esto es su lenguaje o danza.
- d. Harry Harlow estudió los efectos de los ambientes estresantes en animales, como perros y ovejas al que denominó “neurosis experimental”.
- e. Stephen Suomi desarrollo el concepto de “monos terapeutas” demostrando que monos aislados se pueden rehabilitar.

**Pregunta 12.** El llamado *estrés de aculturación* lleva a 4 resultados posibles. Señale de entre los siguientes resultados el que NO pertenece a dichos resultados:

- a. Vinculación
- b. Rechazo
- c. Integración
- d. Asimilación
- e. Marginación

**Pregunta 13.** Los estudios transculturales muestran que existe una serie de puntos típicos de desencuentro en la comunicación interpersonal entre miembros de culturas diferentes. Es decir, existen diferentes significados dentro de la comunicación verbal y no verbal y en el modo de expresar las emociones. De entre los siguientes puntos, SEÑALE aquel punto de comunicación no verbal, que tenga significado diferente según las cultura.

- a. sentido del tiempo
- b. sentido del humor
- c. valor del silencio
- d. mirar a los ojos
- e. todos los anteriores

## Respuestas

**Pregunta 1. Respuesta: E**

**Comentario:** La etapa sublimatoria no es una etapa del desarrollo cognitivo propuesta por Piaget. Jean Piaget 1896-1980 se considera uno de los más grandes pensadores del siglo XX. Su contribución al esclarecimiento del desarrollo cog-

nitivo ha tenido un influencia paradigmática en la psicología del desarrollo e implicaciones muy importantes para las intervenciones con niños tanto educativas como clínicas. Piaget creó un amplio sistema teórico para el desarrollo de aptitudes cognitivas, en este sentido su trabajo fue similar al de Sigmund Freud, pero hacía hincapié en la manera en la que los niños piensan y adquieren el conocimiento.

**Bibliografía:** *Jean Piaget y desarrollo cognitivo.* En Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Virginia Alcott, Pedro Ruiz. Sadock editores 11ª Edición. Pag 93-97. Wolters Kluwer 2015.

**Pregunta 2. Respuesta: C**

**Comentario:** En la fase de operaciones formales -11 años a final de adolescencia- el pensamiento de las personas jóvenes opera de manera formal, muy lógica, sistemática y simbólica. Se caracteriza por la capacidad de pensar de manera abstracta, de razonar deductivamente y de definir conceptos así como por la aparición de habilidades para tratar con permutaciones y combinaciones; los jóvenes pueden captar el concepto de probabilidad. Durante esta fase los jóvenes procuran tratar con todas las relaciones e hipótesis posibles para explicar datos y sucesos. El uso del lenguaje es complejo, sigue reglas formales de lógica y es correcto gramaticalmente. El pensamiento abstracto muestra el interés de los adolescentes hacia diversas cuestiones como filosofía, religión, ética y política.

**Bibliografía 2:** *Jean Piaget y desarrollo cognitivo.* En Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Virginia Alcott, Pedro Ruiz. Sadock editores 11ª Edición. Pag 93-97. Wolters Kluwer 2015.

**Pregunta 3. Respuesta: B**

**Comentario 3:** El apego puede definirse como el tono emocional entre el niño y su cuidador y se evidencia porque el niño busca y se agarra a la persona que lo cuida, habitualmente la madre. Durante el primer mes el bebé suele comenzar a mostrar este tipo de conducta que promueve la proximidad de la persona deseada. La teoría del apego tiene su origen en el trabajo del psicoanalista británico John Bowlby (1907-1990). En sus escritos Bowlby indicó que el apego constituía una fuerza central de motivación y que el estrecho vínculo madre-hijo era un medio de interacción

humana esencial que tenía consecuencias importantes en el desarrollo y funcionamiento de la personalidad posteriores.

**Bibliografía 3:** *Teoría del apego*. En Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Virginia Alcott, Pedro Ruiz. Sadock editores 11ª Edición. Pag 97-101. Wolters Kluwer 2015.

**Pregunta 4. Respuesta: A**

**Comentario 4:** Mery Ainsworth desarrolló una situación insólita, el protocolo de investigación para evaluar la calidad y la seguridad del apego de un lactante. En este procedimiento el lactante es expuesto a cantidades crecientes de estrés; por ejemplo el niño y el progenitor entran en una habitación desconocida, luego entra en la habitación un adulto desconocido y el progenitor sale de la habitación. El protocolo consta de 7 etapas. Según los estudios de Ainsworth en alrededor del 65% de los niños el apego está afianzado a los 24 meses de edad.

**Bibliografía 4:** *Teoría del apego*. En Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Virginia Alcott, Pedro Ruiz. Sadock editores 11ª Edición. Pag 97-101. Wolters Kluwer 2015.

**Pregunta 5. Respuesta: D**

**Comentario 5:** La depresión anaclítica también conocida como hospitalismo fue descrita por primera vez por René Spitz en niños que habían establecido previamente un apego normal pero que fueron separados bruscamente de sus madres en diversas ocasiones y enviados a instituciones u hospitales. Los niños se deprimían, se aislaban, dejaban de responder y se volvían vulnerables a las enfermedades físicas, pero se recuperaban en cuanto su madre volvía o disponían de un sustituto materno.

**Bibliografía 5:** *Teoría del apego*. En Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Virginia Alcott, Pedro Ruiz. Sadock editores 11ª Edición. Pag 97-101. Wolters Kluwer 2015.

**Pregunta 6. Respuesta: A**

**Comentario 6:** Mery Ainsworth confirmó que el apego sirve para reducir la ansiedad. Lo que ella denominó el *efecto base segura* permite que el niño se aleje de las figuras de apego y explore el entorno. Un objeto como un oso de peluche o

una manta (llamado por Donald Winnicott *objeto transaccional*), también sirve como base segura que lo acompaña mientras investiga el mundo.

**Bibliografía 6:** *Teoría del apego*. En Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Virginia Alcott, Pedro Ruiz. Sadock editores 11ª Edición. Pag 97-101. Wolters Kluwer 2015.

**Pregunta 7. Respuesta: E**

**Comentario 7:** Entre los 2 y 3 años de edad la mayoría de niños tienen resuelta la ansiedad ante personas extrañas.

**Bibliografía 7:** *Teoría del apego*. En Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Virginia Alcott, Pedro Ruiz. Sadock editores 11ª Edición. Pag 97-101. Wolters Kluwer 2015.

**Pregunta 8. Respuesta: E**

**Comentarios:** Antropología de la medicina es aquella especialidad de la Antropología social y cultural que estudia los sistemas médicos, las dimensiones sociales (*sickness*) y culturales (*illness*) de la enfermedad y los factores socioculturales que inciden en el desarrollo de las enfermedades (incluida la dimensión *disease*) y en sus prácticas de tratamiento. En España se utiliza el nombre de Antropología de la medicina para distinguir antropología médica, una corriente filosófica de pensamiento representada en nuestro país por Pedro Laín Entralgo.

Etnomedicina alude tanto al objeto que investiga como a la especialidad que se encarga de investigarlo. En su primera acepción se identifica con la idea de un sistema médico. En su segunda sentido designa el campo disciplinar que estudia estos sistemas. Tradicionalmente engloba exclusivamente los sistemas médicos indígenas, actualmente se la considera una especialidad de análisis de cualquier sistema incluida la biomedicina, también llamada etnomedicina fisiológicamente orientada.

Biomedicina, también llamada medicina occidental, científica, alopática, cosmopolita o etnomedicina fisiológicamente orientada. Designa al sistema médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración y que se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre mente y cuerpo por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas producidas por causas únicas.



Síndromes delimitados culturalmente: son aquellas alteraciones y trastornos de tipo sindrómico y por tanto no totalmente definidos desde el punto de vista orgánico que aparecen en contextos culturales específicos y no fuera de ellos. Algunos ejemplos tradicionales son el Koro, el amok, el latha, el susto o el windigo. Tradicionalmente han sido llamadas también enfermedades folk.

Rol de enfermo: término desarrollado por el sociólogo norteamericano Parson. Designa el papel o rol que un individuo adopta cuando está enfermo. La enfermedad viene asociada generalmente a una alteración de la vida cotidiana y envuelve un conjunto de prácticas, valores y expectativas sociales sobre éste episodio que configura el rol del enfermo.

**Bibliografía:** Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre antropología social y medicina. Josep Maria Comelles. Editorial Eudemes. 1993. Pag 85-87.

#### **Pregunta 9. Respuesta: C**

**Comentario:** El DSM-5 recoge

1. Khyâl cap: o “ataque de viento”, es un síndrome que aparece entre los camboyanos que viven en Estados Unidos y en Camboya. Los síntomas habituales son los de los ataques de pánico. Implican cogniciones catastróficas centradas en la preocupación de que el khyâl, una sustancia similar al viento puede subir por dentro del cuerpo, junto con la sangre, y provocar graves consecuencias.
2. Kufungisisa: “pensar demasiado” en lengua shona, se da entre los shona de la zona de Zimbabwe. Se considera causa de ansiedad, depresión y problemas somáticos. Como expresión de malestar indica dificultades interpersonales y sociales. Kufungisisa supone rumiar pensamientos causantes de malestar, en especial preocupaciones.
3. Maladi moun, “enfermedad causada por los humanos” o “enfermedad enviada” es una explicación cultural de las comunidades haitianas para diversos trastornos médicos y psiquiátricos. En este modelo explicativo la envidia y la malevolencia interpersonales provocan que la gente dañe a sus enemigos enviándoles enfermedades.

4. Shenjing suairuo, “debilidad del sistema nervioso” en chino mandarín es un síndrome cultural que integra las categorías conceptuales de la medicina tradicional china con el diagnóstico occidental de neurastenia.

5. Síndrome dhat; es un término que se acuñó en el sur de Asia hace poco más de medio siglo para describir la presentación clínica frecuente en jóvenes pacientes varones que atribuían sus variados síntomas a la pérdida de semen.

6. Taijin kyofusho o “trastorno por temor interpersonal” en japonés es un síndrome caracterizado por ansiedad relacionada con las situaciones interpersonales y su evitación debido al pensamiento el sentimiento o la convicción de que la propia apariencia y las acciones durante la interacción social son inadecuadas u ofensivas para los demás.

7. Ataque de nervios: síndrome que aparece en individuos de ascendencia latina, que se caracteriza por síntomas de intenso malestar emocional, como ansiedad, enfado o pena agudos, chillar y gritar descontroladamente, ataques de llanto, temblores, calor en el pecho que sube a la cabeza y agresividad física y verbal.

**Bibliografía:** Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM 5. 5ª Edición. Editorial Panamericana 2014. Tomo 2. Pag 833-37.

#### **Pregunta 10. Respuesta: C**

**Comentarios:** La Entrevista de Formulación cultural (EFC) es una serie de 16 preguntas que pueden utilizar los clínicos durante el trascurso de la valoración de la salud mental para obtener información sobre el impacto de la cultura en aspectos clave de la presentación clínica y la asistencia a un individuo.

Es una breve entrevista semiestructurada para la evaluación sistemática de los factores culturales durante el encuentro clínico que puede ser utilizada con cualquier individuo. La EFC se centra en la experiencia del individuo en contextos sociales del problema clínico.

La aproximación a la evaluación cultural que sigue la EFC está centrada en la persona, obteniendo información acerca de su punto de vista y de otras personas de su red social. Este abordaje

está diseñado para evitar estereotipar, ya que los conocimientos culturales de cada individuo influyen sobre cómo interpreta la experiencia de la enfermedad y guían su manera de buscar ayuda. Puesto que la EFC está basada en las opiniones personales del individuo no hay respuestas correctas o incorrectas a las preguntas.

La EFC pretende ser una guía para la evaluación cultural y debe ser utilizada de manera flexible para mantener la fluidez natural de la entrevista y la relación con el individuo.

Se centra en 4 dominios de evaluación: 1: definición cultural del problema, 2: percepciones culturales de la causa, el contexto y el apoyo; 3: factores culturales que afectan al afrontamiento personal y la búsqueda de ayuda en el pasado y 4: factores culturales que afectan a la búsqueda de ayuda en la actualidad.

**Bibliografía:** Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM 5. 5ª Edición. Editorial Panamericana. Tomo 2. Pag 740-759.

#### Pregunta 11. Respuesta: D

**Comentario:** Diversos investigadores, entre los que se encuentran Ivan Petrovich en Rusia y W. Horsely Grant y Howard Scott Liddell en Estados Unidos, estudiaron los efectos de ambientes estresantes en los animales, como perros y ovejas. Paulov produjo un fenómeno en los canes, al que denominó *neurosis experimental*, mediante el uso de una técnica de condicionamiento que producía síntomas de agitación extrema y persistente. Esta técnica que implica enseñar a perros a discriminar entre un círculo y una elipse, y luego, reducir progresivamente la diferencia entre ambas formas. Gantt usó el término *trastorno de la conducta* para describir las reacciones que él provocó en algunos perros, forzados a situaciones conflictivas de aprendizaje similares. Lidell describió la respuesta de estrés que obtuvo en ovejas, cabras y perros como *neurosis experimental*, que en algunos casos se produjo simplemente duplicando el número de pruebas diarias de modo irregular.

Harry Harlow realizó estudios de aislamiento y separación en monos durante los primeros meses de vida. Durante este tiempo, el monito depende de la madre para el alimento y la protección, así como para el calor físico y la seguri-

dad emocional: el *confort de contacto*, tal como lo denominó por primera vez Harlow en 1958. Harlow cambió a la madre real por un alambre o de paño y los monitos preferían el sustituto cubierto de paño, que les proporcionaba confort de contacto al sustituto de alambre, que les proporcionaba alimento, pero no confort de contacto.

Stephen Suomi demostró que monos aislados se pueden rehabilitar si se ponen en contacto con monos que promueven el contacto físico sin amenazar a los aislados con agresiones o interacciones de juego demasiado complejas. Estos monos recibieron el nombre de monos terapéuticos.

**Bibliografía:** Kaplan y Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias del comportamiento. Psiquiatría clínica. Decimoprimer edición. Editorial Wolters Kluwer. Pag 132-138.

#### Pregunta 12. Respuesta: A

**Comentario:** La cultura se define como un conjunto de significados, normas, creencias, valores y patrones de conducta compartidos por un grupo de personas. Entre estos valores se incluyen las relaciones sociales, el lenguaje, la expresión no verbal de los pensamientos y emociones, la moral y las creencias religiosas, los rituales, la tecnología, las creencias y prácticas económicas. Además la cultura conforma qué síntomas se expresan y de qué modo; influye en el significado que se da a los síntomas.

Para evaluar el resultado del estrés de aculturación, por grupos y por cada uno de sus componentes es necesario tener en cuenta dos factores el primero hasta qué punto hasta el grupo y sus miembros valoran y desean preservar su cultura (lenguaje, creencias, valores...) y el segundo hasta qué punto el grupo y sus miembros valoran y desean el aumento de su contacto e implicación con otros grupos. Este marco lleva a 4 resultados posibles de estrés de aculturación.

El rechazo se caracteriza por el deseo de los individuos, tanto consciente como intuitivo, de mantener su integridad cultural, bien resistiendo activamente la incorporación de patrones de valores y conductas sociales de otro grupo con los que tiene contacto regular, o bien desvinculándose a sí mismos del contacto con esos otros grupos culturales y de su influencia.



La integración, deriva del deseo de mantener un sentido firme de la propia herencia cultural y de no abandonar aquellos valores y características conductuales que definen la unicidad de la propia cultura de origen. Al mismo tiempo incorporan lo suficiente del sistema de valores del grupo cultural con el que interactúan para sentirse miembros de ese grupo cultural y comportarse como tales.

La asimilación es el proceso psicológico del consciente y el inconsciente que abandona las características únicas de la cultura de origen de uno, en favor de la incorporación más o menos completa de los valores y características conductuales de otro grupo cultural, habitualmente, pero no siempre, el de la mayoría.

La marginación viene definida por las características psicosociales de rechazo o pérdida progresiva de la valoración de la herencia cultural de uno, al tiempo que se rechazan los valores definitorios y las normas conductuales de otro grupo cultural, habitualmente el de la población mayoritaria o aquellos le aíslan a uno. Este es el resultado psicológico del estrés de aculturación que es más cercano al concepto de difusión de la identidad.

**Bibliografía:** Kaplan y Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias del comportamiento. Psiquiatría clínica. Decimoprimer edición. Editorial Wolters Kluwer. Pag 138-145.

### Pregunta 13. Respuesta: E

**Comentarios:** Todos los siguientes puntos tienen diferente significado según la cultura a la que se pertenezca, siendo por tanto puntos de desencuentro en la comunicación interpersonal entre miembros de diferentes culturas.

- a. Conversación íntima (self-disclosure) Existen hallazgos consistentes que apuntan a una tendencia mayor a efectuar revelaciones íntimas o personales en culturas individualistas. Desde una perspectiva colectivista es más relevante saber la filiación, las normas de relación...
- b. Situación embarazosa: en un caso la consigna es preservar el yo, mostrando aspectos positivos de uno mismo y ocultando los negativos y el otro el nosotros, restringiendo las expresiones emocionales, buscando preservar la

armonía, y sortear el peligro de crear un clima negativo.

- c. el valor del silencio: En culturas asiáticas, el silencio es visto como una forma de controlar una conversación, es bien tolerado y usado conscientemente en procesos de negociación. En EEUU la sensación de control se deriva, en cambio, de hablar más y dirigir la conversación.
- d. el concepto de la verdad: Desde un concepto individualista las cosas o son verdad o no son verdad. Pero en culturas colectivistas las cosas tienen con frecuencia, un contexto. En este sentido hay una alta tolerancia e incluso deseabilidad al uso de mentiras piadosas en aras del bienestar del grupo. Recuérdese que la exageración parece ser la norma en el mundo árabe. No hacerlo significa correr el riesgo de no ser creído.
- e. Sonreír: existen escasos estudios, aunque en comparaciones entre EEUU y países asiáticos se observa que mientras allí es considerada signo de simpatía y deseo de agradar, en China y Japón puede tener connotaciones de estupidez y falta de autocontrol.
- f. mirar a los ojos: mientras en culturas euroamericanas es un signo de confianza y sinceridad y esquivar la mirada puede ser entendido como deseo de ocultación o desinterés, en culturas indígenas de América latina y en Asia puede ser visto como una actitud de desafío y reto y una falta de respeto. En ese sentido desviar la mirada es una deferencia y una muestra positiva hacia el otro.
- g. Olor corporal existen escasos estudios. Parece que las personas en Japón puntúan los olores corporales como más desagradables que muestras Europeas, y éstas más a su vez que muestras árabes. De hecho en países árabes se observa la tendencia a respirar cerca del otro. Expeler el aliento sobre otra persona se entiende un signo de cercanía y no es visto como una incorrección.
- h. Sentido del tiempo: en culturas colectivistas donde la vinculación al grupo es mucho más intensa y con frecuencia de carácter transgeneracional habrá una concepción del tiempo corto (que abarca una o más décadas) y otra de tiempo largo (que tendrá que ver con una

perspectiva histórica basada con frecuencia en la transmisión oral de elementos vertebradores). Además en culturas individualistas se habla de tiempo monocrónico y en culturas colectivistas de tiempo policrónico.

- i. Sentido del humor: las cosas que provocan risa e todas las culturas parecen que son aquellas que surgen de elementos cognitivos incongruentes. Dado que aquello que es considerado incongruente depende de códigos culturales particulares, habrá importantes variaciones en qué y cuándo determinadas cosas provocan hilaridad, especialmente cuándo se trata de juegos de palabra so dobles sentidos basados en el lenguaje.

**Bibliografía:** Pau Perez Sales. Antropología Psiquiátrica y Psiquiatría Transcultural. Colección Biblioteca de psicología. Editorial Desclee de Brouwe. 2004. Pag 99-100

# Trastorno facticio: a propósito de un caso.

## *Factual disorder: on the subject of a case.*

**María Herrera Giménez**

F.E.A. Psiquiatría. H.G.U. Morales Meseguer. Murcia.

**Carmen Llor Moreno**

F.E.A. Psiquiatría. C.S.M. San Andrés. Murcia.

### **Resumen:**

**Objetivos:** Presentamos un caso de un trastorno facticio, que evidencia las dificultades diarias a las que nos enfrentamos en Salud Mental. Nos marcamos como objetivo comprender de manera más profunda la dinámica de este curioso proceso cuya paradoja clínica es que los pacientes simulan enfermedades graves y buscan tratamientos innecesarios al mismo tiempo que niegan la naturaleza de su verdadera enfermedad evitando su tratamiento adecuado.

**Metodología:** A partir de la exposición de un caso clínico realizamos una revisión bibliográfica trastorno facticio.

**Resultados:** Por definición es una patología muy compleja en la que los pacientes demandan atención médica simulando enfermedades agudas. Se evidencia la gran dificultad para realizar una adecuada intervención tanto a nivel farmacológico como a nivel psicoterapéutico. Por las características tan particulares de estos pacientes la alianza terapéutica es muy difícil de realizar adoleciendo estos pacientes de la motivación necesaria para realizarla. La mayoría abandona el tratamiento cuando se ven descubiertos.

**Conclusiones:** Una precoz identificación, un manejo equilibrado y un abordaje apropiado pueden reducir de forma significativa las peligrosas intervenciones.

Lo más efectivo es el abordaje multidisciplinar. El paciente debe considerarse al psiquiatra como alguien que desea y está preparado para ayudar, no como un adversario. Es muy importante alertar a nuestros colegas de la patología psiquiátrica subyacente: aunque la enfermedad que ostenta es fingida el paciente está gravemente enfermo. Se pone de manifiesto los riesgos de la enfermedad y los riesgos sociales en que se pueden ver involucrados terceros.

**Palabras clave:** simulación, Munchausen, alianza terapéutica, contratransferencia.

### **Abstract:**

**Objective:** We present a case of a factitious disorder, which shows the daily difficulties professionals in Mental Health have to face. Our objective is a better understanding of

the dynamics of this curious process, whose clinical paradox is that patients pretend to have serious diseases and seek unnecessary treatments at the same time that they deny the nature of their real disease, therefore preventing their proper treatment.

**Methods:** Based on a case report presentation, we performed a review of the literature on factitious disorder.

**Results:** By definition, it is a very complex disorder in which patients demand medical care pretending to have serious diseases. It shows the great difficulty to perform a proper intervention both at a pharmacological and psychotherapeutic level. Due to the very particular characteristics of these patients, therapeutic alliance is very difficult to create, since these patients lack the motivation to create it. Most of them drop out of treatment when they feel they have been discovered.

**Conclusion:** An early identification, a balanced management and a proper approach can significantly reduce the dangerous interventions.

The most effective approach is multidisciplinary one. The patient must consider the psychiatrist as someone who wishes and is qualified to help, not as an adversary. It is very important to warn our colleagues about the underlying pathology: although the claimed disease is pretended, the patient is seriously ill. The risks of the disease and the social risks in which third parties might be involved become manifest.

**Key words:** pretence, Munchausen, therapeutic alliance, countertransference.

## Introducción

El trastorno facticio se trata de una patología muy compleja en la que los pacientes ingresan en hospitales a causa de enfermedades agudas simuladas que se sustentan en relatos creíbles y a menudo dramáticos que más tarde resultan ser simulados.

A pesar de considerarse una enfermedad rara los casos descritos documentan una amplia variedad de enfermedades que se han simulado. Puede tener una amplia gama de manifestaciones que involucra a diversas especialidades.

Es diagnosticado muy excepcionalmente en nuestro medio. Nos encontramos ante pacientes que tienen un amplio manejo de la terminología médica, han viajado mucho, por lo que acceden a muchos hospitales, trabajan en ocupaciones relacionadas con la medicina.

Las motivaciones son difíciles de determinar y pueden estar relacionadas con hechos de su vida pasada. La verdadera etiología es una perturbación psiquiátrica subyacente, de gravedad variable, pero siempre presente (1).

Los pacientes actúan de forma consciente al producir enfermedades pero las motivaciones permanecen inconscientes para ellos (2).

Existe un gran polimorfismo en las manifestaciones clínicas por lo que no se puede hablar de formas clínicas típicas, incluyendo la práctica totalidad de síndromes médicos a los que se data de caprichosas denominaciones. Es característica la falta de angustia ante patologías orgánicas graves.

El curso suele ser en forma de episodios intermitentes. El inicio se produce generalmente en la edad adulta temprana, a menudo después de una hospitalización por un problema médico o trastorno mental.

## Caso clínico

Se trata de una mujer de 41 años cuyo primer contacto con nuestro centro de salud mental es en febrero del 2013, a través de sus compañeras sanitarias que gestionan la cita en la consulta.

En su primera visita acude acompañada por las amigas, llama la atención su aspecto abatido y



anérgico, de extrema delgadez, con la cabeza cubierta con un pañuelo así como encorvada, sin apenas tono vital. Se podía confundir fácilmente con una paciente de enfermedad oncológica avanzada. Se presenta como licenciada en Bellas Artes y Biología. Natural de Asturias, se traslada a Sevilla tras un accidente de tráfico el día de Nochevieja, en éste ella conducía y fallecen su marido e hijo de 6 años.

En Sevilla encuentra un matrimonio que la tratan como una hija, ella los llama sus “padres adoptivos”, se siente muy cuidada por ellos. Comienza a trabajar como auxiliar de Enfermería, le diagnostican un cáncer de esófago por el que recibe quimioterapia y radioterapia. Cuando se recupera se traslada a nuestra provincia.

Actualmente relata dificultades en su vivienda, sin ascensor y en un barrio en que le da miedo salir sola. Dice estar diagnosticada de epilepsia desde la infancia y que en la actualidad las crisis se repiten a diario. Se queja de confusión mental y desorientación espacial, sale a la calle y se pierde. Impresiona de una actitud victimista y pueril.

En su segunda visita persisten las mismas quejas en relación a la clínica relatada, refiere nula mejoría pese a la medicación y el tratamiento psicoterapéutico, las crisis comiciales se repiten de forma continua por lo que acude a diversos servicios de urgencias solicitando atención. Me trae a la consulta unas fotos en las que aparece ella y un niño y un hombre que ella me presenta como su pareja e hijo fallecidos en el accidente.

Se realiza un ingreso en la unidad de epilepsia de un hospital regional de referencia, allí se realiza un videoelectroencefalograma en el que se descarta organicidad, diagnosticándose de pseudo-crisis los episodios que presenta.

En una de las múltiples supuestas crisis epilépticas por las que acude al servicio de urgencias es ingresada en neurología, allí se descarta organicidad neurológica, así como se descubre que el supuesto cáncer esofágico por el que es tratada en Sevilla no es real. La paciente se molesta y así me lo hace saber en consulta, mostrándose desconfiada, proporcionándome información muy selectiva y siendo muy recelosa ante mis preguntas.

De nuevo acude a urgencias simulando un status epiléptico por el que acaba ingresada en UCI, allí sale a la luz la falsa naturaleza de su aparente clínica, y así es comunicada a sus amigos. La paciente ante la situación decide finalmente cambiar de provincia y suponemos seguirá en la misma dinámica de actuación con elevada probabilidad.

## Discusión

Lo curioso de este síndrome es que se cataloga como enfermo a la persona que aparenta burlar las destrezas diagnósticas del médico.

Su incidencia es desconocida y difícil de estimar ya que el paciente al verse descubierto abandona el medio hospitalario, lo que dificulta un estudio a fondo de este síndrome, al igual que también dificulta el estudio de la incidencia real el papel del engaño de la población. Las cifras alertan de un infradiagnóstico.

Las manifestaciones clínicas son múltiples, abigarradas y en muchas ocasiones inexplicables. Por definición este diagnóstico siempre implica un grado de psicopatología variable. El paciente es capaz de hacer cosas que no podemos imaginar, como consecuencia la relación médico paciente está totalmente alterada, pasando el médico a desempeñar una función de detective o policía.

La falta de atención o simpatía da lugar al alta voluntaria y a la búsqueda de alivio y atención en otro lugar. Los pacientes hacen de la hospitalización un objetivo primario o incluso una forma de vida.

En pocos casos evolucionan hacia la curación siendo peor el pronóstico en pacientes con varios episodios de hospitalización o pacientes con síntomas facticios psicóticos (3).

El tratamiento es difícil de realizar y rara vez tiene éxito ya que este trastorno no responde a psicofármacos ni a otros tratamientos biológicos, en general estos pacientes no desean comprometerse con el psiquiatra y adolecen de la motivación necesaria para que pueda producirse la alianza terapéutica, además que tienen la tendencia a vagar de un lugar a otro, por lo que el riesgo de perder el contacto con los profesionales sanitarios es alto (4).

Lo más indicado es la psicoterapia de apoyo, en ella el clínico debe prestar atención a la propia reacción contratransferencial, intentando tener la capacidad de tolerar la agresión del paciente sin devolverla.

Siempre debemos tenerlo en mente para evitar diagnósticos y tratamientos innecesarios. Es

importante alertar a otros colegas sobre la gravedad de la patología psiquiátrica subyacente: aunque la enfermedad que ostenta es fingida, el paciente está severamente enfermo (5).

El reconocimiento temprano de esta enfermedad puede evitar diagnósticos erróneos y tratamientos innecesarios.

#### Contacto

María Herrera Giménez • Tel.: 968 360 900 • mariapsiqui@hotmail.com  
H.G.U. Morales Meseguer • Avenida Marqués de los Vélez s/n • 30008 Murcia  
Carmen Llor Moreno • Tel.: 968 281 568  
C.S.M. San Andrés • Calle Escultor Sánchez Lozano, s/n • 30005 Murcia

#### Bibliografía

1. Hollender MD, Hersh SR. Impossible consultation made possible. *Arch Gen Psychiatry* 1970; 23:343-5. Nicholson S, Roberts G. Patients who need to tell stories. *Br J Hosp Med* 1994; 51:546-9.
2. Plassman R. Inpatient and outpatient long-term psychotherapy of patients suffering from factitious disorders. *Psychother Psychosom* 1994; 62:96-107.
3. Rumans L, Vosti K. Factitious and fraudulent fever. *Am J Med* 1978; 65(5): 745-55.
4. Kent JD. Münchhausen syndrome and substance abuse. *J Subst Abuse Treat* 1994; 11(3):247-51. 14.
5. Popli AP, Masand PS, Dewan MJ. Factitious disorders with psychological symptoms. *J Clin Psychiatry* 1992; 53:315-8.

• Recibido: 27/1/2017.

• Aceptado: 6/5/2017.





# PRE-OCUPACIONES



## Proyecto HASIERA: la construcción del caso en red y la promoción del lazo social en comunidad.

### *HASIERA project: the construction of the case in network and the promotion of the social bond in community.*

Cosme Sánchez Alber\*

**Resumen:** En el presente artículo presentamos el recorrido sobre la práctica en un centro de día en el ámbito de la exclusión social. Estos servicios de acompañamiento constituyen, en nuestra opinión, una de las formas contemporáneas más eficaces para el tratamiento de las desinserciones sociales. En este sentido, apostamos por un modelo de servicio capaz de adaptarse a las particularidades de cada persona. Un servicio orientado por una ética, cada persona es diferente, donde aprendemos cada día a pensar nuevas maneras, una por una, de hacer consistir el lazo social, atendiendo a las invenciones particulares de cada persona y al trabajo colaborativo entre profesionales, instituciones y servicios.

**Palabras clave:** Educación social, construcción del caso, Salud Mental Comunitaria, Trabajo en red.

**Abstract:** In this article we present the course about the practice of a day center in the field of social exclusion. These accompanying services constitute, in our opinion, one of the most effective contemporary forms for the treatment of social deinsertions. In this sense, we are committed to a service model capable of adapting to the particularities of each person. A service oriented by an ethic, each person is different, where we learn every day to think of new ways, one by one, to make the social bond consist of, attending to the particular inventions of each person and the collaborative work between professionals, institutions and services.

**Key words:** Social support, case building, Community Mental Health, network.

\* Mi agradecimiento personal a todas aquellas personas que, tanto por su interés como por su riguroso trabajo, han hecho posible este proyecto: Marta Pastor, Oscar Padilla, Ander Mendiguren, Ángel Repiso, Flor Laconcha, Ane Iglesias, Patirke Gutiérrez, Rosa Payán, Luisa, Ainara Muñoz, Sheila, Nerea, Leire, Blanca, Bety, María, Omara, Andrea, Aitor, Álvaro, Ibai Otxoa, Allende, Mark, Cristina, el equipo de la Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia, el extenso equipo de Hasiera, y sobre todo a todas y cada una de las personas que hemos atendido en diferentes procesos y momentos.



## 1. Introducción

Hasiera es un centro de día dirigido al acompañamiento social de personas en situación de exclusión social, inscrito en la red de la Diputación foral de Bizkaia y gestionado por la Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia.

Estos servicios de acompañamiento constituyen, en nuestra opinión, una de las formas contemporáneas más eficaces para el tratamiento de las desinserciones sociales. En este sentido, apostamos por un modelo de servicio capaz de adaptarse a las particularidades de cada persona. Un servicio orientado por una ética, *cada persona es diferente*, donde aprendemos cada día a pensar nuevas maneras, *una por una*, de hacer consistir el lazo social, atendiendo a las invenciones particulares de cada persona y al trabajo colaborativo entre profesionales, instituciones y servicios.

Sostenemos una tensión entre dos áreas de trabajo convergentes:

- Por un lado, una práctica social, colectiva y participativa en nuestro entorno. En el barrio, en nuestra ciudad, en las redes de atención, en proyectos de carácter cultural, de ocio, deportivos, talleres de cine, lectura... Un centro de día pensado como un “espacio de vida”.
- Por otro lado, incorporamos a nuestra práctica un método nuevo para pensar los casos en comunidad, contribuyendo a la eficacia social de las redes de atención y los Servicios Sociales desde la lógica y la apuesta firme por la singularidad de cada caso.

En el presente escrito queremos poner el acento en una particular metodología de trabajo que estamos desarrollando. Esta metodología, llamada “*la construcción del caso en red*”, combina la participación social en nuestro entorno (en la red, entendida de una manera amplia) con la activación de procesos de colaboración entre redes comunitarias, asistenciales y culturales. Potenciando tanto el empoderamiento, el juicio y la capacidad de los profesionales como el de las personas atendidas, así como situando como eje central y vector de nuestro trabajo de acompañamiento a la persona y su singularidad. De manera tal que la red de atención pueda mostrarse lo suficientemente porosa como para adaptarse a las singularidades

de cada proceso, y no al revés. Este método ha sido ideado y puesto en marcha por José Ramón Ubieta en el Programa Interxarxes (Horta Guinardo, Barcelona), una experiencia que propone poner a trabajar juntos y de manera colaborativa a buena parte de los profesionales, instituciones y servicios (Salud Mental, Servicios Sociales, Educativos) que atienden un caso común.

Como decía, este método propone orientarse por la singularidad radical de cada proceso poniendo al sujeto en el centro de la red, e invitando de manera presencial y periódica a los diversos agentes y disciplinas a reunirse en torno a los interrogantes de cada caso. Esta práctica, como veremos, extrae lo más singular de cada caso, de manera tal que contamina todas las demás áreas de trabajo. Produciendo una pandemia que se extiende por el servicio y el dispositivo afectando a todos los profesionales, espacios y tiempos de la institución. Un virus de subjetividad que libremente introducimos en el cuerpo mismo de la institución y que provocará, como veremos, unas resonancias muy particulares en nuestra praxis. Es así como tanto nuestro centro de día como la red asistencial en su conjunto podrán contribuir, de manera colaborativa, a responder de forma inédita, particular y diferente para cada caso. Alejándonos de otras prácticas que proponen más bien una mecanización del acto social y unos recorridos estandarizados que no toman en cuenta los tiempos subjetivos y las invenciones particulares de cada persona. A su vez, esto implica considerar la red de atención como una invención de cada sujeto, algo que la persona ha construido a su alrededor y que le ayuda a protegerse y sostenerse mejor en el mundo.

Cada semana nos reunimos para pensar y construir cada caso, uno por uno. Esto implica una disciplina muy fuerte que como señalaba anteriormente nos convoca a cada uno de nosotros a dejarnos contaminar por este virus de la subjetividad. Se trata de un trabajo colectivo y colaborativo, siempre y cuando el propio proceso sea susceptible de beneficiarse de esta práctica. Baste decir que no en todos los casos se requiere responder de la misma manera, de igual forma cada proceso es diferente y en multitud de casos la red está bien engrasada, y cada profesional y servicio cumple con su función. A su vez, invitamos a nuestras reuniones de caso tanto a

los agentes externos que convergen en la red de atención como a los diferentes agentes de intervención directa de nuestro centro, esto incluye a las personas que estén desarrollando sus prácticas, a los becarios y al voluntariado. Es un trabajo colectivo de cara a generar una cierta cultura de la conversación y el trabajo colaborativo entre disciplinas y servicios dispuestos a apostar por lo más singular de cada proceso.

## 2. Un trabajo desde la práctica

En nuestra práctica, a lo largo de aproximadamente tres años, nos hemos ido tropezando con diversas cuestiones, dificultades y obstáculos a la hora de organizar un dispositivo de estas características. Aprovecho este momento para dar cuenta de algunas de estas cuestiones, las más significativas, de cara a poder seguir pensando, en nuestro caso, sobre la función -bien social, bien terapéutica o asistencial- de este tipo de dispositivos sociales en el campo de la exclusión social. En un ámbito en el que convergen diversas disciplinas y servicios, y que bien podríamos circunscribir en el campo de lo que conocemos como la salud mental comunitaria, es decir, un trabajo colaborativo entre el campo de lo social, lo sanitario y la salud mental.

¿Por qué digo esto? Porque durante este tiempo hemos atendido a más de treinta adultos, hombres y mujeres, que se encuentran en lo que se ha dado en denominar como un perfil de calle. Es decir, aquellos que son llamados "*personas sin hogar*". Resultando que en una mayoría de los casos podemos encontrar problemáticas graves de salud mental asociadas tanto a la vulnerabilidad como a las dificultades propias del lazo social, adicciones y nuevas pobrezas. Así mismo trabajamos en una conversación permanente e infinita con los servicios hospitalarios, sociales y terapéuticos tales como comunidades terapéuticas, ambulatorios, centros de salud mental, unidades de desintoxicación, Servicios Sociales y de urgencia, albergues, comedores sociales... entre otros. Es en este sentido que lanzo una primera hipótesis de cara a pensar este tipo de prácticas institucionales:

Lo que motiva, en multitud de ocasiones, la creación de prácticas institucionales dedicadas al campo de la exclusión social es precisamente la

necesidad de ofrecer una respuesta a fenómenos clínicos tales como ciertos estados de la psicosis y la enfermedad mental grave, algunos pasajes al acto, errancias y adicciones, así como algunos estados de deterioro físico y psíquico que pueden conducir al sujeto hacia la exclusión social absoluta o hasta la muerte.

Muchas de las prácticas sociales e institucionales que alberga la red asistencial y, en particular, los dispositivos creados para personas en situación o riesgo de exclusión social se basan tradicionalmente 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.

Bien, entonces para nosotros se trata de poder dar una respuesta a una pregunta que podríamos declinar de la siguiente manera: ¿cómo organizar este espacio social que atiende a una mayoría de personas con problemáticas graves de salud mental? Nosotros hemos optado por apoyar nuestra praxis en cuatro ejes de elaboración:

1. La singularidad de cada persona, como punto ético irrenunciable. En el centro de día atendemos quince plazas y tenemos una máxima, a saber, "*no tenemos un centro, tenemos quince centros, uno para cada persona*".
2. Dotarnos de una orientación clínica que nos permita orientar tanto el trabajo de acompañamiento que nos ocupa como una praxis social que posibilite poder aprender de cada caso para, en consecuencia, construir desde nuestra práctica un servicio de acompañamiento en un constante proceso de cambio y adaptación a las diversas singularidades, sensibilidades y procesos que convergen en nuestro centro de día.



3. Nuestra práctica es social. En este sentido, no se trata de una propuesta terapéutica sino de una práctica social que promociona diversos recorridos sociales, uno por uno. Por otro lado sostenemos que el dispositivo bien se puede ir creando y modificando en función tanto de lo que nos vamos encontrando en nuestra práctica, mediada por el trabajo de los casos, como de la singularidad radical a la que cada persona nos convoca.
4. Si por un lado partíamos de nuestro interés por la singularidad, también nos hemos ido dando cuenta de que es necesario crear una atmósfera, una estructura y un campo que favorezcan el vínculo social, la adherencia al dispositivo y los recorridos sociales particulares de cada persona. Una atmósfera de respeto por las posiciones subjetivas de cada persona que a su vez permita crear un campo donde cada persona pueda ocupar un lugar propio, de manera que emerjan nuevas demandas y maneras inéditas de engancharse a lo social.

En resumen, la singularidad, una orientación clínica, una praxis social y crear una atmósfera. Voy a desglosar un poco estas cuatro cuestiones que han emergido fruto de un trabajo concienzudo y riguroso sobre nuestra práctica a lo largo de nuestro joven recorrido.

#### **Acoger la singularidad de cada persona, de cada caso**

Para ello era necesario dotarnos desde el comienzo de un espacio, un tiempo y un método de cara a poder acoger, extraer y trabajar esta particularidad. La particularidad no está de entrada, hay que construirla. Esto requiere de una fuerte disciplina constituida a partir del trabajo de casos que desarrollamos y que nos permite no alejarnos demasiado de nuestro cometido. Constatamos una cierta inercia hacia la mecanización de nuestro acto, una tendencia de la que hay que estar advertidos, digámoslo así, el profesional no siempre está en disposición de poder interrogarse sobre la singularidad de sus actos. Bien por la angustia y la presión a la que nos vemos sometidos en nuestro campo de trabajo, bien por las dificultades y el sufrimiento al que nos convocan las personas que atendemos. De manera tal que muchos profesionales optan por

mecanizar su acto, los famosos protocolos no son más que medidas de gestión que seducen al mismo tiempo que perturban, ya que descargan a los profesionales de la angustia de su acto pero también de su capacidad de pensar. Ya no hay que angustiarse por la decisión en un contexto de incertidumbre, basta con seguir el protocolo establecido “para todos los casos” y garantizado por la medida y la técnica estadística. El imperio de la medida.

Por el contrario, pensar implica separarse de los saberes constituidos y de los ideales de reinserción social preestablecidos para confrontarnos con la angustia de nuestros actos y de nuestra función. Para ello, constatamos como necesario y nuestra práctica nos avala, introducir espacios y tiempos para pensar. Solo de esta manera podremos producir una praxis que no responda de manera segregativa, imprudente o hiperactiva bajo los imperativos de nuestra propia angustia y desorientación. Un trabajo compartido y supervisado.

#### **Una orientación clínica**

Dado que atendemos a un amplio grupo de personas con problemáticas de salud mental nos parecía fundamental poder orientar nuestro trabajo de acompañamiento con algunas nociones de la clínica. Este año, por ejemplo, hemos incorporado supervisiones clínicas para el trabajo de construcción de casos. De esta manera introducimos un agente externo que nos permite, a su vez, dotarnos de una orientación clínica pero también, y no menos importante, organizar una conversación productiva sobre cada caso. Contando con una mirada externa, desde fuera, que nos convoca a salirnos de las soluciones más estandarizadas y promover una conversación que no sea ni corporativista ni endogámica. A lo largo de estos encuentros hemos podido no solo orientarnos con los casos más complejos, sino también inventar un acompañamiento nuevo para cada persona. A su vez, hemos podido orientarnos por lo que se conoce como una política del síntoma que es aquella que no pretende suprimir los síntomas ni reeducarlos, sino más bien “saber hacer con ellos”, para construir algo nuevo respetando el síntoma y sus elaboraciones. Otro ejemplo de este trabajo es la escritura de los casos así como encontrar conceptualizaciones nuevas para lo que hacemos, como la atención en los márgenes.

Hay personas que no van a consentir entrar en un dispositivo social demasiado estructurado y por lo tanto el acompañamiento habrá de producirse en otros espacios del centro de día, en la calle, en la puerta, en el sofá, en la cocina o en los ordenadores, de manera un tanto informal. También hemos podido observar como la emergencia de fenómenos clínicos como las alucinaciones auditivas producen en muchos casos una posición de imposibilidad y rechazo a ser alojados en dispositivos sociales. El sujeto psicótico, en especial en la clínica de la paranoia, tiene una tendencia a considerar el saber del Otro respecto de si mismo como malintencionado. Ello lo vuelve especialmente vulnerable al sentimiento de persecución y como consecuencia, debe defenderse de ello. El mejor lugar a ocupar por nuestra parte es el del ignorante, aquél que se deja enseñar por la lógica de su discurso y, consecuentemente, que le facilite el tiempo y la escucha necesaria para inventar algo que le permita defenderse mejor de la intrusión del Otro.

### **Realizamos una práctica social**

Se trata de un servicio de acompañamiento social, entonces cuando hablamos de orientarnos por la clínica no nos estamos refiriendo a psicologizar o patologizar nuestra atención social, más bien todo lo contrario. Pensamos que es necesario mantener una cierta distancia entre lo social y lo terapéutico. En este sentido y por paradójico que parezca, esta orientación y saber clínico nos permiten separarnos del acto terapéutico para trabajar desde un campo social como corresponde a un dispositivo como el nuestro. En el sentido de promocionar aquellas cuestiones que favorezcan el lazo social particular de cada persona pero también en el sentido de acoger a cada uno de manera incondicional y sin la necesidad, o la voluntad, de someterlo a un tratamiento de reeducación, educativo o similares. Nuestro incipiente conocimiento clínico nos permite conocer mejor tanto nuestros límites como los sufrimientos, malestares y signos de las personas que atendemos.

En la actualidad existe una peligrosa tendencia a confundir y solapar el acto terapéutico con el acto social. Dicho de otra manera, para que una persona, cualquiera de nosotros, pueda solicitar ayuda y apoyo debe antes existir un previo, una

demanda y un consentimiento. 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. Sin este consentimiento, toda praxis de “acompañamiento” corre el riesgo de convertirse en adoctrinamiento o reeducación. No se entiende, pues, no se deduce automáticamente que en multitud de dispositivos de la red asistencial 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, por ejemplo, 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 este breve artículo. Rescatamos pues la función social genuina de las instituciones, una función de acogida, de dar abrigo, asilo y protección, como un deber de humanidad.

En este sentido y como práctica social organizamos el día a día del centro de día en base a una estructura de tiempos libres, asambleas, espacios de trabajo personal, tutorías y talleres culturales, ocupacionales, de ocio, de fotografía, informática, deporte y otros. Donde todas las decisiones se toman de manera autogestionada y colaborativa en el espacio de la asamblea semanal. Entre otras tareas, también supervisaremos la toma de medicación psiquiátrica y sanitaria, acompañamos al médico, a buscar un empleo, organizar el tiempo libre, ir al psiquiatra, solicitar plaza en un albergue o gestionar una ayuda social, una valoración de minusvalía, dependencia, Ayudas de Emergencia Social, etc.

### **Crear atmósfera**

A lo largo de estos años nos hemos ido dando cuenta de la importancia fundamental de contribuir y dedicar gran parte de nuestros esfuerzos a esta cuestión. Advertimos que en la medida en que en el centro de día se respiraba un buen ambiente los casos iban mucho mejor y las personas encontraban con más facilidad soluciones



certeras a sus problemáticas. En muchos de los casos, estas soluciones pasaban porque los profesionales erráramos en nuestras propuestas o sugerencias (en muchos casos basadas en nuestros propios prejuicios, saberes e ideales preconcebidos), de este modo y sin saberlo, contribuíamos a que las propias personas tuvieran un tiempo y un espacio desde el cual emergían soluciones particulares, y en algunos casos inverosímiles, que provocaban la sorpresa del equipo educativo. Crear una atmósfera cálida, flexible y respetuosa con las diversas posiciones subjetivas se convirtió, de este modo, en uno de nuestros principales objetivos.

Tratamos así de generar un campo hospitalario al estilo de un club social donde cada persona pueda ocupar su lugar y disponer del tiempo necesario para poner en juego sus propias tentativas y recursos. Nos parecía que en el campo de las psicosis esta cuestión resultaba especialmente fundamental y delicada ya que, en ocasiones, esta atmósfera que envuelve al sujeto se vuelve muy persecutoria e inquietante, y queríamos tratar de evitar estos efectos de rechazo que en buena medida provocan el abandono o la “expulsión” de estos dispositivos. A su vez, esta modalidad de trabajo sobre la atmósfera desplaza la pregunta sobre el sujeto (Usuario/ paciente) hacia la pregunta sobre la red, el dispositivo o el profesional. Me explico, constatábamos en nuestra práctica que en ocasiones no se trataba tanto de “tratar” al sujeto, sino de tratar la red, la atmósfera, la institución, el servicio, i tratamos a nosotros mismos! En determinados casos, hemos podido observar como modificando en algo la posición que ocupamos los profesionales y servicios con respecto al caso, esto ha permitido que la persona a la que atendemos pueda, a su vez, afrontar sus dificultades de una manera más satisfactoria. Por ejemplo, ocurre que algunos profesionales (nosotros también) sostenemos una mirada un tanto cronificada de algunas personas que atendemos. Son casos de largo recorrido asistencial donde parece que “no hay nada que hacer”. Al reunirnos a pensar juntos, esto nos permite separarnos de esta mirada que sin saberlo sostenemos, de manera que cada caso pueda a su vez tomar otros destinos posibles.

Por otra parte, podemos sostener que nuestro trabajo de acompañamiento se ordena en base a

la construcción de los casos. Es decir, al realizar un trabajo serio y disciplinado sobre la singularidad, esto permite que tanto los talleres, como los acompañamientos y demás espacios que surgen en el centro de día partan de la singularidad y de la iniciativa de cada persona. Singularidad que extraemos en nuestras reuniones de caso. De manera que si no hubiéramos optado por crear este espacio semanal dedicado a la conversación, o dicho de otra manera, un lugar para pensar nuestra praxis, ¿Cómo sería posible sostener que hacemos un acompañamiento basado en la particularidad? Cuando un proyecto sostiene que hace un acompañamiento individualizado, habría que preguntarle cómo y dónde lo hace, ¿dónde trabaja esa particularidad de la que habla y la que bien puede orientar y organizar una praxis? Es decir, partiendo del trabajo sobre la singularidad de cada persona, y a partir de este lugar, proyectamos nuestras acciones hacia lo colectivo impregnando todas las facetas y áreas de nuestro trabajo. Entendiendo lo individual y lo colectivo como manifestaciones diferenciadas pero referidas a un mismo proceso. Un ejemplo, si Juan trae una cámara de fotos y nos solicita para aprender fotografía, podemos buscar con él un curso fotográfico o bien organizamos un taller de fotografía en el centro en el que participen tanto voluntarios como personas usuarias, posteriormente colaboramos con un colectivo artístico y educativo, y fruto de este trabajo Juan expone sus fotos en diferentes espacios, centros cívicos, museos... A esto nos referimos cuando hablamos de ser permeables al sujeto, a sus intereses y a sus elaboraciones. Esto incluye interesarnos por los objetos que trae consigo así como por las soluciones que pone en juego. Para ello es necesario poder introducirnos en cierta medida en las lógicas del otro, en su campo semántico, en su mundo y en su particular manera de sostenerse en él, para desde allí apoyar y promocionar estos encuentros, a veces contingentes e inesperados, que van a hacer posible una apertura al Otro social.

Para llevar a cabo este trabajo hemos necesitado poner en marcha múltiples procesos de colaboración y coordinación, tanto en el campo social, cultural y artístico, como en el área de los servicios sanitarios, educativos y Salud Mental. Contando con el asesoramiento de José Ramón Ubieto.

### 3. Nuevas maneras de pensar la atención de casos. Breves notas sobre el método “la construcción del caso en red”

En el campo de la Salud Mental y los servicios socio-educativos, principalmente para aquellos que se encuentran más alejados del vínculo social, es imprescindible poder articular nuevas maneras de pensar la atención de los casos. Este método propone orientarse por la singularidad de cada caso poniendo al sujeto en el centro de la red, e invitando de manera presencial y periódica a los diversos agentes y disciplinas a reunirse en torno a los interrogantes de cada caso. A su vez, propone pensar nuestra práctica e intervención social en términos de redes comunitarias, abriendo espacios de participación ciudadana, apoyándonos en las estructuras culturales, comunitarias e institucionales de nuestro entorno más próximo y colaborando en diversas iniciativas, algunas de las cuales explicaremos brevemente en las próximas líneas.

#### Principios del método

1. La Centralidad del Caso: Principio ético irrenunciable.
2. Interdisciplinariedad: Una conversación donde cada disciplina pueda encontrar su lugar, en colaboración con los diferentes cuerpos médicos, psicológicos y sociales.
3. La Conversación: Principio rector. La construcción del caso es una conversación particular. Se trata de interesarse, entre otras cosas, por los interrogantes que plantea cada caso. Es decir, no se trata tan solo de poner en común los informes, los documentos, los saberes que circulan sobre el sujeto. Sino más bien, poder orientar la conversación sobre aquello que no entendemos, lo que no sabemos, lo que hace difícil y particular cada caso para construirlo entre todos, en red. Es decir, orientarnos no tan solo por lo que sabemos (o al menos no exclusivamente por lo que sabemos) sino más bien por lo que no sabemos, por los agujeros de saber que existen en cada caso. ¿Por qué? Porque para nosotros se trata más bien de poner el foco en la praxis y aprender de ella, aprender de nuestro encuentro con las personas que atendemos para que pueda producirse un saber nuevo, algo que no estaba allí de entrada. Para ello, es necesario pensar el saber cómo aquello que no está aún producido, elaborado, completado. Sino, más bien, como algo que está por venir, por extraer, por deducir. De esta manera es posible crear un agujero, un vacío central que aspira un saber que debe elaborarse. Es, en definitiva, esta posición de *no saber* sobre el sujeto, la que animará una conversación a la que llamaremos la construcción del caso en red: una mirada que nos permita interrogarnos sobre cada caso y producir un *saber nuevo*, colectivo, que pueda orientarnos. Los casos no existen de entrada, hay que construirlos. Para ello contamos con el sujeto y su saber, pero también con aquello que puedan aportar los diversos profesionales y servicios que le atienden. Se trata de poner todo esto a funcionar, a trabajar. Engrasar la red.
4. Responsabilidad y Participación: Este método apela tanto a la responsabilidad de los agentes que intervienen en el caso, como a la propia responsabilidad de la persona que atendemos.
5. El Saber como Elaboración colectiva: Atendemos a la consideración del saber cómo algo fragmentado y diverso, considerando que es más propicio pensar la construcción del saber en nuestra época cómo una elaboración colectiva, contando con el otro.
6. El Tratamiento es la Red: Pensar la acción social como una red amplia y diversa donde podemos encontrar diferentes espacios, lugares y tiempos capaces de actuar de manera colaborativa, así como sostener y apoyar a las personas. La red es un producto del sujeto, no hay dos redes iguales de la misma manera que no hay dos personas iguales. Ante la diversificación asistencial, pensamos la red como una invención del sujeto, una operación de bricolaje. Cada uno de nosotros nos construimos una red a la medida de nuestras posibilidades e intereses, y que forma parte de nuestras soluciones para sostenernos mejor en la vida.



#### 4. Un método nuevo para pensar los casos en comunidad, colaborando con las redes de atención social desde la lógica de cada persona, y cada caso particular

La primera cuestión que nos llama la atención es la siguiente ¿Por qué necesitamos un método para la atención de los casos? ¿Y por qué este método debe incluir a los demás profesionales y servicios que atienden el caso en común?

En primer lugar destacar que hay dos signos de la época que atraviesan la relación asistencial. Por un lado, la *diversificación asistencial* (es decir, la cantidad de servicios educativos, Salud Mental, exclusión social, adicciones, etc.) de la red de atención social y, por otra parte, la pérdida o el déficit de autoridad del profesional en nuestro contexto. Nuestra hipótesis en este sentido podemos aislarla en una frase, en una máxima con la que, pienso, todos estaremos de acuerdo: *“hoy en día, el tratamiento es la red”*. Hemos pasado, pues, de un tratamiento más unificado dotado de una autoridad notable, hacia el “entre varios”, a una atención diversificada y en red, más propia de nuestros tiempos.

Pensamos también que esta práctica por la que nos interesamos subvierte en cierta medida la lógica actual de la Nueva Gestión Pública, basada en la derivación, y no tanto en la conversación entre los diferentes profesionales y servicios. Además se trata, en nuestro caso, de promover una conversación particular, porque requiere que sea *presencial* (No como habitualmente nos coordinamos entre los servicios, vía e-mail o teléfono), y también requiere que sea un trabajo *continuado en el tiempo*, con reuniones periódicas y organizadas para construir el caso teniendo en cuenta las posiciones de unos y otros. De manera que podamos orientar la conversación en torno a los puntos de dificultad y de no saber sobre el caso: eso es precisamente lo que nos va a permitir sostener un trabajo de elaboración colectiva y obtener una orientación particular para cada proceso. No obstante, lo más notable es que esta manera de tratar la red propone acoger la singularidad de cada caso, en otras palabras; poner al sujeto en el centro de la red. Este punto ético nos parecía fundamental. ¿Por qué? Porque en definitiva, es el sujeto el que construye su propia red, esto requiere, tienden el caso.

Como decía, ante este panorama, nosotros sostenemos que necesitamos un método y un tiempo para poder pensar: construir los casos, interesarnos por lo particular de las personas que atendemos y también, por qué no decirlo, de la particularidad de nuestro acto (de aquello que ofrecemos al otro para hacer posible un cierto efecto de lazo social). Poder pensar más allá de la inmediatez que tan habitualmente reina en nuestra práctica, en ocasiones secuestrándonos de nuestro propio cometido. En este sentido, por otra parte, ciertas dosis de humildad por parte del colectivo de profesionales que la realidad actual de muchos equipos profesionales es que ese espacio colectivo, destinado a la construcción del caso, o bien no existe o, si está previsto, acaba siendo devorado por la contingencia de las urgencias, de aquello del día a día que siempre se impone como un imponderable que impide realizar lo importante.

Finalmente, sostenemos (y lo constatamos en nuestra práctica) que abrir la conversación entre los profesionales permite a estos la posibilidad de pensar su acto y ponerlo en juego, de una cierta manera colectiva. Al compartir las dificultades del caso y ponerlas en común, esto nos permite tomar cierta distancia de la propia angustia y no vernos en la imperativa tesitura de tener que responder solos; de manera hiperactiva, irreflexiva, urgente, o en el peor de los casos, segregativa... organizando estos encuentros junto con el psiquiatra, la trabajadora social y otros agentes, hemos podido buscar soluciones apropiadas a cada caso, y que por ejemplo no pasaran necesariamente por una expulsión de urgencia.

#### ¿Cómo se construye un caso?

La pregunta en cuestión será: *¿Qué podemos aportar cada uno? ¿Cómo puedo yo colaborar en la atención que el caso me requiere, que el caso me impone?* La propia pregunta incluye ya, como veis, al otro profesional como partenaire en ese trabajo colaborativo. Y no como contrincante o adversario.

Cada agente social tiene obviamente un saber, fragmentado, sobre el sujeto al cual atiende, se trata pues de poner en valor aquello que sabemos, pero también *poder abrir la pregunta sobre aquello que permanece oculto, tanto para*

*nosotros como para la persona a la que acompañamos.* En estos términos, nos conviene sostener que, con respecto a la particularidad y los avatares del lazo social de cada persona, no está todo dicho. Se trataría pues de poder abrir un territorio de pensamiento sobre aquella dificultad del sujeto que se presenta como una incógnita, que efectivamente se muestra recurrente, impermeable a nuestros actos, y se repite de manera inconsolable para algunos, ocasionando grandes dosis de sufrimiento. Es, en definitiva, esta posición de *no saber* sobre el sujeto, la que animará una conversación a la que llamaremos la construcción del caso en red: una mirada que nos permita interrogarnos sobre cada caso y producir un *saber nuevo*, colectivo, que pueda orientarnos.

Es decir, este método implica considerar el caso como un interrogante, como un enigma, como un agujero. Tomarlo, en primer término, como una pregunta que nos interpela a todos los que nos sentimos concernidos por ella, como un signo de extrema complejidad, y por lo tanto, como un resorte que nos permita avanzar. Salirse del prejuicio sobre eso que ocurre, es ya una primera tentativa de exigirnos y exigir al otro una cierta participación y co-responsabilidad en las

invenciones de otras maneras de hacer con el vínculo social.

## 5. Concluyendo

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. Hoy, más que nunca, necesitamos espacios de reflexión conjunta, “entre varios”. Trabajar en red implica que la red pueda alojar la particularidad de cada uno, de cada situación particular, y de cada disciplina. En caso contrario, quedaríamos atrapados en la red, que haría la función de una tela de araña paralizante.

Proponemos abrir una pregunta en torno a la necesidad o más bien, la posibilidad de trabajar desde la ética de la construcción del caso y en consecuencia atender a la incorporación de dispositivos de conversación interdisciplinar en el panorama actual de la Salud Mental comunitaria, la exclusión social y las adicciones.

### Contacto

Cosme Sánchez Alber • Móvil: 620 313 855 • cosmesan@hotmail.com  
C/ Bilbao La Vieja, nº 25, 2º • 48003 Bilbao

### Referencias bibliográficas

- García Molina, J. (2013). *Exclusiones. Discursos, políticas, profesiones*. Editorial UOC.
- Landriscini, N (2013). *Introducción a la problemática de la psicosis en psicoanálisis*.
- Ubieta, J.R. (2012). *La construcción del caso en el trabajo en red*. Teoría y práctica. Editorial UOC.
- Zenoni A. (2006). *Orientación analítica en la institución psiquiátrica*. Revista Bitácora El psicoanálisis hoy. Nº 1, Mayo 2006.

- Recibido: 19/12/2017.
- Aceptado: 25/3/2017.

## Posición de la ACN ante la presentación del Plan de Salud Mental en la Comisión Asesora Regional de Salud Mental del Gobierno de Canarias por la Consejería de Sanidad.

La ACN viene manteniendo desde hace años que la salud mental en Canarias necesitaba un cambio de rumbo. Por ello, cuando tomó posesión la nueva administración sanitaria ahora hace un año y anunció inmediatamente que una de sus prioridades era el Plan de Salud Mental, los profesionales, las familias y el movimiento en primera persona albergábamos muchas esperanzas ya que después de ocho años de parón de la reforma psiquiátrica, por fin se tomaba alguna iniciativa. Esto se reflejó un año después en el III Plan de Salud de Canarias, con el respaldo de la cámara legislativa y su publicación en septiembre en el BOCA el pasado 26 de septiembre. La presión de la cámara legislativa y de la sociedad civil han ayudado a que la Consejería abandonara su posición vacilante y así, en el pleno, a finales de octubre, de la Comisión Asesora Regional de Salud Mental del Gobierno de Canarias (COMASAN), la administración sanitaria detalló el guión para el desarrollo, la metodología y las líneas prioritarias para elaborar no un Plan de Salud Mental, sino ahora, una Estrategia de Salud Mental, como nos expusieron.

En el inicio del pleno, la administración argumentó como una de las causas del retraso para la elaboración de su iniciativa, el hecho de que la Estrategia Nacional de Salud Mental no esté todavía aprobada. En diciembre de 2015 quedaba sobre la mesa del Consejo Interterritorial de Salud (formado por los Consejeros de Sanidad de las Comunidades Autónomas y por el Ministerio de Sanidad), la mencionada Estrategia Nacional

de Salud Mental. El motivo del rechazo, que la Consejería parece no conocer, es la disconformidad con el texto, expresada por algunas Comunidades Autónomas, como Andalucía, Cantabria, Castilla-La Mancha y Extremadura, disconformidad compartida por de sociedades científicas nacionales como la AEN (que presentó una propuesta técnica alternativa) se puede consultar en [www.aen.es](http://www.aen.es) o en nuestra propia web: [www.ascane.org](http://www.ascane.org). La estrategia presentada por el Ministerio rompía con la visión transformadora asistencial de la estrategia nacional del periodo anterior, que se focalizaba en la atención y contemplaba un proceso de evaluación continuada. Por el contrario, la nueva estrategia se centra en grupo de enfermedades. Además, se criticó la carencia de un análisis real y completo de la situación actual, por lo que se hace imposible la identificación de las necesidades y el establecimiento de líneas estratégicas y de actuación con objetivos coherentes. Se suma a esto el hecho de que durante el tiempo transcurrido en este proceso otras CC.AA. si han puesto en marcha Planes Integrales Autonómicos de Salud Mental, que superan al nacional, por lo que se ha pedido la revisión del texto nacional. En general, las CC.AA., la mayoría con competencia sanitaria, no han esperado a la Estrategia Nacional para su planificación territorial en Salud Mental. La mayoría de las competencias en materia de salud, y entre ellas, las de Salud Mental, están transferidas a las comunidades autónomas desde hace más de dos décadas y por tanto tienen capacidad para la elaboración de estos planes. Además, no

se entiende este argumento de la administración canaria, si tenemos en cuenta que el único organismo que emite recomendaciones no es Consejo Interterritorial de Salud; también la OMS, la Comisión Europea o la ONU tienen recomendaciones al respecto. Es decir, hay organismos mundiales que proporcionan directrices sobre la Salud Mental en el mundo para garantizar la equidad, los derechos y la calidad.

Tras esta primera justificación, la mayor sorpresa surge cuando en la exposición del Plan, dejan de hablar de Plan y lo convierten en Estrategia de Salud Mental, como si ambas acepciones fuesen sinónimas. Hemos de recordar lo acordado en el III Plan de Salud de Canarias, aprobado hace tan solo un mes, “Área de impacto 4.9: Desarrollo de un Plan de Salud Mental: Elaborar e implantar mediante un cronograma secuencial un Plan de Salud Mental basado en la coordinación e integración de los recursos, servicios y dispositivos existentes. Para ello se procurará la participación de todas las instituciones y actores sociales implicados, profesionales, sociedades científica, de usuarios y familiares de enfermos mentales, así como contando con la participación e implicación de otras instituciones públicas como son: ayuntamientos, cabildos y servicios sociales, educación, empleo y justicia, incluidos los CIR-PAC, como recoge el anexo II.3 de este Plan de Salud” Por lo tanto, este cambio injustificado vulnera lo legislado, y el único argumento para justificar el cambio que ofrecen es de carácter administrativo, lo cual, no es una condición obligatoria, y se puede aprobar en régimen de orden o decreto.

Técnicamente para la ACN un plan y una estrategia no son lo mismo:

**Plan:** Documento que contempla, en forma ordenada y coherente, las metas, estrategias, políticas, directrices y tácticas en tiempo y espacio, así como los instrumentos, mecanismos y acciones que se utilizarán para llegar a los fines deseados. Un plan es un instrumento dinámico, sujeto a modificaciones en sus componentes en función de la evaluación periódica de sus resultados. En los planes hay compromisos económicos.

**Estrategia:** Es un conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un determinado fin.

Los planes comprenden estrategias, no al revés.

Los Planes Integrales de Salud se dirigen al abordaje de problemas importante de salud, ya sea por su frecuencia o por su gravedad, con el objeto de mejorar la atención, ajustando las expectativas y la oferta de servicios, aumentando la seguridad y efectividad en la práctica clínica, mejorando la disponibilidad de la información, dando de este modo coherencia a las prioridades de atención sanitaria.

Una estrategia es una herramienta para acciones de mejora pero no profundiza en los cambios de los modelos asistenciales ya que no tiene la capacidad de aunar bajo una misma política o filosofía las distintas líneas estratégicas. Las estrategias sirven a un plan, bajo un mismo paraguas político o filosófico, con unos objetivos generales acordes a las necesidades evaluadas.

Al hablar de Estrategia, en lugar de Plan, nos enfrentamos a las siguientes consecuencias:

- Reducción de la importancia del ámbito de la salud mental y de la articulación en red como filosofía y como estrategia. Se obvia la política común a todas las estrategias específicas de trabajo en red que pretenden convertir la red un subsistema de mayor autonomía y capacidad de gestión, sin perder el sentido de la integración.
- Una estrategia no implica ficha financiera, puede reducirse a recomendaciones.
- Como agravio comparativo, no entendemos cómo hay un plan de investigación o de urgencias o de diabetes y no hay un plan de salud mental.

Hay por tanto, cuestiones teórico-metodológicas, estratégicas, ideológicas y de legitimación en la apuesta.

Continuando con la exposición realizada por la administración, se pasó a la metodología que se ha propuesto seguir para la elaboración de la citada Estrategia. Se establece en primer lugar un análisis de situación en dos fases. Una primera de recogida y análisis de indicadores sanitarios y una segunda con el análisis y la opinión de “figuras claves”, que dé como resultado un análisis de situación. No se han argumentado los criterios para la elección de estas figuras claves (experiencia, currículo profesional, relación directa

con la red...) y el proceso no ha sido transparente. Se han reducido las figuras claves a psiquiatras exclusivamente. Para la ACN, como asociación multiprofesional, debe contarse como figuras claves con otras profesiones y sectores: psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermería, terapeutas ocupacionales, pacientes, familiares y miembros de los servicios sociales, justicia empleo, educación, así como algunos asesores externos de reconocido prestigio.

Esta forma de elaborar el análisis de situación presentado por la Consejería, orienta a que el producto final irá encaminado hacia un reforzamiento del modelo biologicistas tecnocrático y cuantitativo. No da cabida, en el análisis de la situación, a la diversidad y la voz de la comunidad que conforma la atención en salud mental. Se deja fuera la rica experiencia acumulada por los distintos agentes implicados, actores y receptores del plan, y resuelve los contenidos mediante la solicitud de aportaciones individuales. Se maquilla la participación, limitando ésta a los grupos de trabajo en las líneas estratégicas ya decididas previamente. La evidencia demuestra que en estos procesos todos los agentes pueden formar parte de esta figura y del origen del proceso para definir conjuntamente los objetivos, metodologías, la temporalidad y la evaluación. Y no será así tal y como está planteado.

La Consejería de Sanidad defiende que se elabora las líneas de la estrategia basada en la recolección y análisis de datos estratégicos y de los informes emitidos por las figuras claves al respecto. Se refiere además que éste análisis está sin acabar en espera de los últimos datos (encuesta de satisfacción de 2015), pero inmediatamente propone unas líneas estrategias para grupos de trabajo reducidos. Es muy llamativo que antes de acabar el análisis ya se propongas las líneas que se han de trabajar. Más aún cuando los datos que faltan hablan de calidad percibida por los usuarios. Nos da la impresión que la elección de estas líneas se ha basado exclusivamente en criterios de resultados cuantitativos, no en análisis de estructura ni de resultados. Esta manera de hacer las cosas ya indica una contradicción y el intento de restringir las líneas estratégicas en base a algo definido a priori y que secuestra el debate. Esto no es un espacio diverso e integrado de análisis y propuestas, como indica el

III Plan de Salud de Canarias. Recordemos aquí los motivos que comentamos al inicio para el rechazo y bloqueo de la Estrategia Nacional, las similitudes no nos sorprenden, e incluso, renuncian a las partes más novedosas de la Estrategia Nacional que se dejó sobre la mesa. Es una estrategia que se nos presentó que ni tan siquiera establecen objetivos estratégicos que ofrezcan coherencia y sentido a las acciones.

Otro aspecto preocupante es la temporalidad. La resolución del Parlamento de Canarias acordado por todas las fuerza políticas señala que el Plan de Salud Mental será elaborado en un año. Lo presentado en la COMASAN vuelve a vulnerar este acuerdo, y se nos presenta como propuesta que en un año estará el borrador inicial para luego abrir un plazo de discusión, sin señalar el tiempo de finalización de esta estrategia de forma definitiva. Es más, en un año el III Plan de Salud no estará vigente, y tendremos la incertidumbre de su renovación o no, convocándose las elecciones autonómicas al año siguiente.

En la valoración técnica de lo expuesto se incide sobre todo en los procesos referidos a los niveles de la actividad asistencial, estando el interés centrado en las lista de espera, y en el medir el número de consultas que debe realizar cada profesional según la tipologías diagnósticas. Para nada se analiza y se contempla la estructura (ratios de profesionales actualizada y previsible, infraestructura, o ratios de camas y plazas de rehabilitación) ni la valoración de los resultados (satisfacción, calidad de vida, respeto a la dignidad de los pacientes de acuerdo a la OMS, tasas de empleo, número de incapacitaciones) ni los resultados de la actividad medida sólo cuantitativamente (adecuación de los tiempos de consulta, de los tipos de intervención, seguimiento de guías clínicas, protocolos y recomendaciones, no sólo en el número de consultas), ni tampoco en su impacto en la salud de las personas. Así mismo, sigue sin definirse la cartera y de servicios en los niveles de atención psiquiátrica ni en rehabilitación. Esto apunta en la dirección de enfatizar la política de protocolos y de guías clínicas de una manera superficial, sin atender a la profundidad ni las recomendaciones de las mismas, quedándose sólo en los número generales como son el número de consultas sin atender al tiempo, tipo y resultado de la intervención. Se sigue un

modelo economicista sin haber superado las deficiencias detectadas por la ausencia de políticas y de dirección en la gestión de estos años y sin analizar las consecuencias que éstas han tenido, como se refiere al inicio de éste párrafo. Es más, las líneas que se proponen son muy cercanas a las líneas de la estrategia nacional que se dejó sobre la mesa en el consejo interterritorial de salud y ni siquiera la supera incorporando las más novedosas: Por ejemplo, atención e intervención con las familias, organización y coordinación socio sanitaria o interinstitucional, autonomía, recuperación y derechos del paciente, intervenciones involuntarias y respeto de la dignidad de las personas, participación ciudadana y agentes sociales. Por otra parte, tampoco se contempla el establecer adecuadamente los costes, los recursos disponibles y los presupuestos necesarios para su ejecución.

Para profundizar en la reforma de la atención a la salud mental en canarias en un sentido y principios transformadores, se necesita un giro radical que pasa por desarrollar el modelo de *“las seis P: proactividad, pacientes empoderados, personalización, prevención y perspectiva poblacional y participación”*. El *Desarrollo de un Plan Integral de Salud Mental* tiene que ir nucleado en torno a la Calidad y los Derechos para asegurar que la dignidad de las personas con problemas de salud mental sea respetada. Debe promover la dignidad a través de la defensa de la inclusión política y social, con un enfoque centrado en la recuperación, el apoyo a la formación en derechos y el desarrollo de las capacidades, con fomento del apoyo de compañeros y organizaciones de la sociedad civil. Esto no se puede realizar sin la inclusión desde el inicio de sectores como educación, justicia, empleo o servicios sociales, para que participen de las políticas comunes y no solo de fragmentos en la estrategia, logrando una implicación mayor y un trabajo intersectorial integrado desde niveles superiores. Esto cobra una importancia aún mayor cuando vemos las cifras ofrecidas por la misma administración, donde un 30% de la población canaria está en riesgo de padecer un trastorno mental (cifras muy por encima de otras comunidades autónomas y por encima de la media nacional). Este riesgo no solo depende de la sanidad, sino que implica determinantes de la salud que corresponden a otros ámbitos y deben estar

presentes en todas las políticas del gobierno, ya sean de vivienda, de empleo, social o judicial. Sin un trabajo intersectorial y transversal desde el inicio de la elaboración del plan, con implicación real de todos los agentes, es imposible revertir esta alarmante situación. No olvidemos que la recuperación de la ciudadanía requiere una acción decidida sobre todas las políticas y el ejercicio de los derechos humanos para todos con respecto a la dignidad como personas,

Por último, no queremos acabar sin proponer modificaciones a las acciones plantadas:

1. Exigimos un Plan de Salud Mental integral, que permita profundizar en un modelo asistencial comunitario, integral e integrado donde lo central del sistema sean las personas no los recursos. La participación desde los inicios del Plan de salud Pública, Vivienda, Empleo, Educación, Justicia, Servicios Sociales y Drogodependencias y Atención Primaria es estratégico, no anecdótico.
2. Que la calidad, los derechos y la dignidad de las personas sean ejes estratégicos con todos los niveles, áreas, y sectores de las políticas en salud mental.
3. La evaluación y financiación del Plan es lo que garantiza su credibilidad, viabilidad y riqueza transformadora.
4. Que se establezca un cronograma específicos, con tiempos ajustados al mandato del Parlamento y del Consejo de Gobierno.
5. El Plan de salud mental debe establecer un marco de revisión y propuestas en la estructura, en los procesos y en los resultados.
6. El Plan de Salud Mental es una oportunidad para abrir un espacio de análisis y reflexión abierto, sin exclusiones, para revisar las fortalezas de lo andado, y corregir las debilidades y lo inconcluso de la reforma psiquiatría en Canarias, queremos un Plan no para mejorar o maquillar algunos déficit sino para continuar con los cambios sustanciales que permitan a las personas recuperar el ejercicio de su ciudadanía.

Canarias, Noviembre del 2016  
Junta Directiva ACN

## Taller Esperanza: contribución a la formación de proyectos de vida en adolescentes desde la educación emocional.

### *Contribution to the training of projects of life in teenagers from the emotional education.*

Iván Castillo Ledo (\*), Dinorah Janet Torres Lugo (\*\*), Iriam Rojas Diaz (\*\*\*),  
Nélida Águila Falcón (\*\*\*\*)

- (\*) Doctor en Medicina. Psiquiatra Infantil. Máster en Medicina Bioenergética. Máster en Bioética. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Policlínico “Raúl Suárez Martínez”. Rodas. Cienfuegos.
- (\*\*) Doctora en Medicina. Psiquiatra. Máster en Educación Médica Superior. Profesora Asistente. Policlínico “Raúl Suárez Martínez”. Rodas. Cienfuegos.
- (\*\*\*) Licenciada en Psicología de la Salud. Máster en Psicología de la Salud. Profesora Asistente. Policlínico “Raúl Suárez Martínez”. Rodas. Cienfuegos.
- (\*\*\*\*) Licenciada en Enfermería. Máster en Atención Integral a la Mujer. Policlínico “Raúl Suárez Martínez”. Rodas. Cienfuegos.

**Resumen:** La educación emocional pretende dar respuesta a un conjunto de necesidades sociales que no quedan suficientemente atendidas en la educación formal. La finalidad es el desarrollo de competencias emocionales que contribuyan a un mejor bienestar personal y social. La adolescencia, como etapa de cambios, implica comportamientos de riesgo que en el fondo suponen un desequilibrio emocional, lo cual requiere la adquisición de competencias básicas para la vida de cara a la prevención. Las adicciones constituyen en la actualidad un motivo de reflexión y preocupación en la población adolescente. El presente trabajo expone al TALLER ESPERANZA a través de los resultados de encuentros grupales de participación con adolescentes en los centros estudiantiles del municipio de Rodas, conjuntamente con actividades de capacitación a profesores, donde se tuvo en cuenta los recursos con que cuenta la educación emocional utilizados como forma de prevención con la adquisición de competencias que se pueden aplicar a una multiplicidad de situaciones, tales como la prevención del consumo de drogas, prevención del estrés, ansiedad, depresión, violencia, etc. De esa forma pretende minimizar la vulnerabilidad de la persona a determinadas disfunciones (estrés, depresión, impulsividad, agresividad, etc.) o prevenir su ocurrencia.

**Palabras claves:** adolescencia, educación emocional, prevención, adicciones.

**Summary:** The emotional education pretends to give answer to a group of social needs that do not remain sufficiently attended in the formal education. The purpose is the development of emotional competitions that contribute to a better personal welfare and social. The adolescence, like stage of changes, involves behaviors of risk that deep down

suppose an emotional disequilibrium, which requires the acquisition of basic competitions for the life of face to the prevention. The addictions constitute in the actuality a reason of reflection and worry in the teenage population. The present work exposes to the TALLER ESPERANZA through the results of meetings of participation with teenagers in the high school of the municipality of Rodas, jointly with activities of qualification to professors, where took into account the resources with that explains the emotional education used like form of prevention with the acquisition of competitions that can apply to a multiplicity of situations, such as the prevention of the consumption of drugs, prevention of the stress, anxiety, depression, violence, etc. Of this form pretends to minimize the vulnerability of the person to determinate dysfunctions (stress, depression, aggressiveness, etc.) or warn his occurrence.

**Key words:** adolescence, emotional education, prevention, addictions.

La adolescencia es uno de los períodos más importante de la vida humana. Es un período donde se hace necesario un conjunto de ajustes en el individuo para funcionar con respecto a sí mismo y al medio. A su vez estos ajustes inciden y se matizan por el medio social donde se desarrolla el adolescente. Los aspectos psico-sociales de la adolescencia están influenciados, y en dependencia directa, por factores culturales. La adolescencia es un período de cambios rápidos que se manifiesta en los niveles de integración biológica, psicológica y social. Cada área de cambios es independiente de las restantes pero todas están estrechamente vinculadas entre sí. Aristóteles ya describía cambios y particularidades en la conducta de los adolescentes, refiriendo que cuando se producían los cambios puberales, en el individuo aparecían “tendencias ardientes, irritables, apasionadas e impetuosas”

Las características generales del adolescente se traducen en una serie de comportamientos que algunos autores denominan conductas perturbadoras, que pueden generar dificultades en las relaciones interpersonales con figuras parentales, adultos vinculados al ejercicio de la autoridad y/o paraiguales, pero que no forman parte de ningún desorden mental. Ellas también se vinculan a una conducta orientada a experimentar nuevas formas de actuar y de sentir y hacen a los adolescentes un grupo expuesto a toda una serie de factores que de no conocerse y actuar sobre ellos pueden favorecer el desarrollo de afecciones físicas y/o psicológicas.

La educación emocional es una innovación educativa que se justifica en las necesidades socia-

les. La finalidad es el desarrollo de competencias emocionales que contribuyan a un mejor bienestar personal y social. Para ello se requieren una serie de condiciones interrelacionadas: en primer lugar diseñar programas fundamentados en un marco teórico; para llevarlos a la práctica hay que contar con profesorado debidamente preparado; para apoyar la labor del profesorado se necesitan materiales curriculares; para evaluar los programas se necesitan instrumentos de recogida de datos, etc.

La palabra clave de la educación emocional es *emoción*. Por tanto, es procedente una fundamentación sobre la base al marco conceptual de las emociones y a las teorías de las emociones. Lo cual lleva al constructo de la inteligencia emocional en un marco de inteligencias múltiples. De ahí se pasa al constructo de competencia emocional como factor esencial para la prevención y el desarrollo personal y social.

El desarrollo de la competencia emocional, considerada como una competencia básica para la vida, desemboca en la educación emocional. Hay que definir objetivos, asignar contenidos, planificar actividades, estrategias de intervención, etc., para poder diseñar programas de intervención que van a ser experimentados y evaluados.

La evaluación de programas de educación emocional es un aspecto clave para pasar de la intervención a la investigación. La novedad del tema obliga a construir instrumentos y proponer estrategias de evaluación en educación emocional. Estos instrumentos van a ser utilizados en la evaluación de las competencias emo-



cionales y también en la evaluación de programas. Se procura aplicar una complementariedad metodológica entre técnicas cuantitativas y cualitativas.

La educación emocional pretende dar respuesta a un conjunto de necesidades sociales que no quedan suficientemente atendidas en la educación formal. Existen múltiples argumentos para justificarla. Así, por ejemplo, un sector creciente de la juventud se implica en comportamientos de riesgo, que en el fondo suponen un desequilibrio emocional, lo cual requiere la adquisición de competencias básicas para la vida de cara a la prevención. Dentro de los comportamientos de riesgo más comunes están los problemas derivados de baja autoestima, depresión, estrés, violencia, delincuencia, la conducta suicida y el suicidio, el consumo de drogas, la conducta sexual no protegida, etc. De ahí se deriva la necesidad de abordar una prevención que incida en situaciones múltiples (conflictos, violencia, consumo de drogas, estrés, depresión, etc.) Por otra parte, además de prevenir, es importante *construir bienestar*. Hay evidencia de que los jóvenes que experimentan un mayor bienestar personal (sentirse competentes y apoyados) es menos probable que se impliquen en comportamientos de riesgo, y al mismo tiempo es más probable que procuren mantener buena salud, tener buen rendimiento académico, cuidar de sí mismos y de los demás, superar adversidades, etc.

Se puede afirmar que muchos de los problemas que afectan a los adolescentes en la actualidad tienen un fondo emocional. Se requieren cambios en la respuesta emocional que se da a los acontecimientos para prevenir ciertos comportamientos de riesgo.

### Desarrollo

El presente trabajo constituye la esencia del proyecto institucional Taller Esperanza, haciendo énfasis en el desarrollo de la educación emocional en los adolescentes a través de dinámicas grupales que contribuyan a la prevención de desórdenes emocionales y conductuales en esta edad.

El equipo de trabajo se trazó los siguientes objetivos.

### General

- Contribuir a través de la educación emocional a la prevención de desórdenes emocionales y conductuales en la adolescencia.

### Específico

- Promover estilos de vida saludable, logrando progresivamente la capacidad de autocuidado.
- Identificar y contribuir a modificar los factores de riesgo que inciden en la salud del adolescente.
- Brindar capacitación continua en salud del adolescente a los profesores incorporando un enfoque integral y enfoque de riesgo.

Al estar insertado en un proyecto institucional responde a un método científico.

### Método

Tipo de estudio: Intervención.

Contexto temporal: 5 años.

Contexto geográfico: Provincia Cienfuegos. Municipio Rodas.

Universo y muestra: adolescentes según matrícula de cada centro estudiantil.

### Criterios de inclusión

Adolescentes matriculados en Enseñanza Secundaria, Preuniversitaria y Técnica.

Voluntariedad de los adolescentes a participar en el proyecto.

### Criterios de exclusión

Adolescentes que estén en otros niveles de enseñanza o que ya tengan vínculo laboral.

### Técnicas y procedimiento:

La dinámica de trabajo se organiza en varias etapas en su ejecución. La primera etapa corresponde a la entrevista con el Asesor de Salud Escolar del municipio y el Director del centro que corresponda, solicitándole su autorización y consentimiento para la realización del estudio. En la segunda etapa se conforma el equipo de trabajo, integrado por un Psicólogo, un representante de

la Dirección Municipal de Educación y un profesor. Luego se invita a los estudiantes promotores de salud del centro estudiantil, formando un grupo de composición heterogénea y de esta forma se comenzaron las sesiones de trabajo grupal. Durante el primer encuentro los estudiantes propusieron los temas de su interés, conformándose el programa de actividades grupales con las dinámicas de participación que se seleccionaron de acuerdo a los mismos, siendo esta la tercera etapa y última en el proceso de organización del trabajo.

Los temas a tratar guardaron relación con las necesidades expresadas por los adolescentes y por los objetivos que el equipo de trabajo tiene presente, en este caso relacionado con el fomento de la cultura de rechazo a las adicciones a través del fortalecimiento y desarrollo de la educación emocional en esta edad.

Las sesiones de trabajo se realizan en horario vespertino, con una hora de duración aproximadamente, con frecuencia semanal, utilizándose los propios espacios educativos de los centros educativos, siendo autorizados y supervisados por el director de la institución. Todos los integrantes del equipo trabajaron directamente en cada sesión, correspondiéndole la organización de las dinámicas al Psiquiatra Infantil, la ejecución de las mismas a las Psicólogas.

Para el desarrollo de la investigación los padres o tutores de los adolescentes que participaron dieron su consentimiento el cual quedó plasmado por escrito según el Consentimiento Informado de la investigación, donde se explica el propósito de la investigación, dejando clara la confidencialidad de todos los datos que aportan para el proceso, cumpliendo la privacidad en cada caso, los datos obtenidos no serán revelados ni usados en otro propósito que no se contemple en los objetivos de la investigación. La aplicación y desarrollo de esta investigación fue avalada por el Comité de Ética Médica del municipio y aprobado por el Consejo Científico.

### Análisis de los Resultados

Si se analizan los escenarios en los que se ha trabajado (Tabla 1), inicialmente se comenzó la experiencia en la ESBU “Reinaldo Erice Borges” de

la cabecera municipal, luego en el presente curso se amplió el radio de acción, llegando a todos los Consejos Populares y en estos a los centros estudiantiles con que cuentan.

Tabla 1	
Escenarios	
Curso 2014-2015	Curso 2015-2016
ESBU “Reinaldo Erice Borges”	ESBU “Reinaldo Erice Borges”
	IPU “Ernesto Che Guevara”
	CP “Reinaldo de León Yera”
	Centro Mixto “Nguyen Van Troi” (Enseñanza Secundaria)
	Centro Mixto “Vladimir Ilich Lenin” (Enseñanza Secundaria)
	ESBU “Roberto Soto”
	Centro Mixto “Owen Fundora Valdivia” (Enseñanza Secundaria)
	Centro Mixto “Owen Fundora Valdivia” (Enseñanza Preuniversitaria y Técnica)

La Tabla 2 muestra la cantidad de estudiantes que participaron en las actividades grupales, aumentando la cifra de los mismos de forma considerable en el curso 2015-2016.

Centros Estudiantiles	Número de estudiantes por Curso Escolar		
	2014-2015	2015-2016	
ESBU "Reinaldo Erice Borges"	24	38	
IPU "Ernesto Che Guevara"	24	10	
CP "Reinaldo de León Yera"		9	
Centro Mixto "Nguyen Van Troi" (Enseñanza Secundaria)		11	
Centro Mixto "Vladimir Ilich Lenin" (Enseñanza Secundaria)		15	
ESBU "Roberto Soto"		8	
Centro Mixto "Owen Fundora Valdivia"		9	
Total		24	100

En el curso 2015-2016 se organizó la capacitación de estudiantes Promotores de Salud, para llevar a cabo acciones con sus coetáneos no solo en el ambiente educativo sino también en la comunidad donde estén insertos, es por ello que la Tabla 3 ofrece los datos relacionados con la capacitación de estos, siendo 81 los capacitados.

Centros Estudiantiles	Número de estudiantes Promotores de Salud capacitados
	Curso 2015-2016
ESBU "Reinaldo Erice Borges"	19
IPU "Ernesto Che Guevara"	10
CP "Reinaldo de León Yera"	9
Centro Mixto "Nguyen Van Troi" (Enseñanza Secundaria)	11
Centro Mixto "Vladimir Ilich Lenin" (Enseñanza Secundaria)	15
ESBU "Roberto Soto"	8
Centro Mixto "Owen Fundora Valdivia"	9
Total	81

Atendiendo a los grupos de edades, la siguiente tabla muestra la distribución de los estudiantes capacitados según edad y sexo. Continúa predominando el sexo femenino, y la adolescencia temprana con el mayor número de estudiantes.

Grupos Etáreos	Estudiantes				Total
	Curso 2014-2015		Curso 2015-2016		
	M	F	M	F	
12 a 14 años	7	17	20	53	97
15 a 17 años	0	0	2	25	27
Total	7	17	22	78	124

Se hizo necesaria la capacitación simultánea de los estudiantes así como a los profesionales que están implicados en su manejo educativo, por lo que se ofertaron una serie de Cursos de Capacitación, desarrollándose los mismos de forma paralela a las capacitaciones de los estudiantes. Si se comparan las cifras en relación al

curso pasado, es claro el incremento de profesionales capacitados, con una notable aceptación de estos a los cursos ofrecidos.

Tabla 5		
Cursos Impartidos	Número de cursantes	
	2014-2015	2015-2016
Curso: Elementos generales de Psicología Infantil para el adecuado manejo y diagnóstico de los escolares.	28	30
Taller docente: Manejo terapéutico de los trastornos emocionales en el niño y en el adolescente.	12	14
Taller docente: Abordaje terapéutico de los trastornos monosintomáticos en la Atención Primaria de Salud (APS).	8	17
Taller docente: Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles.	8	17
Curso: La comunicación social como herramienta para la adopción de conductas saludables en la adolescencia desde la Atención Primaria de Salud.	14	16
Taller docente: Estrategias de intervención en Salud Mental Comunitaria.	9	12
Diplomado: Pedagogía de la Afectividad.	-	13
Curso: Elementos generales sobre adicciones, para profesores de Educación Física. Mayo 2016	-	33
Curso: Elementos generales sobre adicciones, para Bibliotecarias. Mayo 2016	-	20
Curso: Elementos generales sobre adicciones, para Instructores de Arte. Mayo 2016	-	20
Total	79	192

En la Tabla 6 se desglosa la participación de los profesionales según categorías, mostrando mayor número los profesores, estos son los que

permanecen mayor tiempo con los mismos, entre ellos se han capacitado profesores de Educación Física, Instructores de Arte, Bibliotecarias y profesores y maestros de forma general.

Tabla 6		
Profesionales Capacitados	Número de cursantes	
	2014-2015	2015-2016
Médicos	16	29
Enfermeras	29	41
Psicólogos	6	6
Profesores	28	116
Total	79	192

Los impactos esperados se miden a través de las siguientes Tablas 7, 8, 9, 10, que hacen referencia a la socialización de la experiencia realizada a través de eventos científicos que han tenido lugar en todas las instancias: local, provincial, nacional e internacional.

Tabla 7
Socialización de la experiencia en Eventos Científicos. 2014
“Propuesta de actividades para la promoción de salud sobre conducta suicida en adolescentes de la ESBU “Reinaldo Erice Borges”. Jornada Científica Provincial de Medicina Familiar. Cienfuegos 2013. 11-01-2014
“Propuesta de actividades de entrenamiento asertivo en habilidades sociales en adolescentes”. Psicohabana 2014. VI Conferencia del Hospital Psiquiátrico de la Habana. 17-03-2014
Taller Esperanza: una oportunidad para crecer. Evento Territorial. Universidad 2014. 15-05-2014
Taller Esperanza: una oportunidad para crecer. Universidad 2014. 9no Congreso Internacional de Educación Superior.
Taller Esperanza: una oportunidad para crecer. Evento Técnico del XVI Fórum de Ciencia y Técnica. 25-10-2014
Taller Esperanza: una oportunidad para crecer. Jornada Científica Provincial de Medicina Familiar. Cienfuegos 2014. 13-12-2014

Tabla 8
Socialización de la experiencia en Eventos Científicos. 2015
“Contribución a la formación de proyectos de vida en adolescentes”. Evento Territorial Universidad 2016. Relevante. 23-05-15
“Contribución a la formación de proyectos de vida en adolescentes. Una experiencia de trabajo grupal”. Evento Provincial Universidad 2016.
“Contribución a la formación de proyectos de vida en adolescentes. Una experiencia de trabajo grupal”. Taller Municipal Salud Escolar. 19-06-15
“Contribución a la formación de proyectos de vida en adolescentes. Una experiencia de trabajo grupal. Rodas 2015”. Jornada Científica en saludo al Día del Farmacéutico. 17-11-15
Contribución a la formación de proyectos de vida en adolescentes. Una experiencia de trabajo grupal. 12 Congreso Internacional de Desarrollo Local en un mundo global. Universidad de Málaga. (21-12-15)

Tabla 9
Socialización de la experiencia en Eventos Científicos. 2016
Taller Esperanza. Contribución a la formación de proyectos de vida en adolescentes. II Congreso Internacional de Promoción y Educación para la Salud. X Taller Regional de Salud Escolar. La Habana. Abril 2016
Taller Esperanza. Contribución a la formación de proyectos de vida en adolescentes. Jornada Provincial de Psiquiatría. Cienfuegos. 29-04-16
Taller Esperanza. Contribución a la formación de proyectos de vida en adolescentes. XXII Fórum de Ciencia y Técnica de Base. Rodas. 30-04-16
I Encuentro Provincial “Universidad y Salud” Cienfuegos. 27-05-16 Taller Esperanza. Contribución a la formación de proyectos de vida en adolescentes.
Taller Esperanza. Contribución a la formación de proyectos de vida en adolescentes. XXII Fórum de Ciencia y Técnica. Municipal. Rodas. 28-05-16

La Tabla 10, clasifica los eventos en los que se ha socializado la experiencia según su categoría.

Tabla 10				
Categorías de Eventos	Presentaciones			
	2014	2015	2016	Total
Municipal	2	3	2	7
Provincial	3	1	2	6
Internacional	1	1	1	3
Total	6	5	5	16

La experiencia realizada ha sido también socializada a través de publicaciones científicas, siendo presentada de esta forma a la comunidad científica nacional e internacional.

- Taller Esperanza. Una oportunidad para crecer. Universidad 2014 (Evento Provincial) Editorial Universo sur. ISBN: 978-959-257-359-8. (20-02-14)
- Contribución a la formación de proyectos de vida en adolescentes. Una experiencia de trabajo grupal. 12 Congreso Internacional de Desarrollo Local en un mundo global. ISBN-13: 978-84-16399-56-7 (21-12-15)
- Repercusión de los desastres en la salud mental de niños/as y adolescentes. Norte de Salud Mental. ISSN 1578-4940 (2015)
- Taller Esperanza. Contribución a la formación de proyectos de vida en adolescentes. II Congreso Internacional de Promoción y Educación para la Salud. X Taller Regional de Salud Escolar. La Habana. ISBN 978-959-283-147-6 (Abril 2016)

Como equipo de trabajo se evalúan los resultados hasta el momento, que constituye el objetivo central de este trabajo, pero además se proyectan las acciones a desarrollar en el próximo curso y están organizadas de la siguiente manera:

- Incorporar a la familia, capacitándola a través de actividades de Escuelas de Padres, con el apoyo de la comunidad.
- Propiciar la intersectorialidad insertando actividades de carácter deportivo y cultural.

- Facilitar la socialización de las actividades con su divulgación a través de la prensa escrita, radial y televisiva, así como insertarlas en las redes sociales.
- Crear vínculo con la Sociedad Cultural José Martí mediante Clubes Martianos.
- Fortalecer el vínculo con la Dirección Municipal de Educación.
- Incrementar el número de destinatarios, priorizando los sitios más alejados.
- Incentivar la investigación científica a través de los resultados que se van obteniendo y socializar los mismos mediante publicaciones.
- Reeditar y rediseñar la Segunda Versión del Diplomado de Pedagogía de la Afectividad.
- Rediseñar los Cursos de Capacitación según las necesidades de formación.

## Conclusiones

En respuesta a las actividades propuestas en el Proyecto TALLER ESPERANZA, se llevó a cabo la realización de una experiencia de trabajo grupal con adolescentes en los centros educativos del municipio de Rodas, con el objetivo de contribuir a través de la educación emocional a la prevención de los desórdenes emocionales y conductuales en la adolescencia.

Se desarrolló un programa en forma de trabajo grupal con una estructura en temas y dinámicas, propiciándoles conocimientos, estrechando sus relaciones interpersonales, así como el disfrute; lo que conllevó a que se convirtiese en una experiencia cognoscitiva, afectiva y recreativa para los adolescentes y al mismo tiempo contribuir a cambios en la respuesta emocional ante acontecimientos para prevenir comportamientos de riesgo y contribuir al bienestar emocional.

### Contacto

Ivan Castillo Ledo • Servicio de Salud Mental.  
Independencia No. 57. B. Rodas • Cienfuegos, Cuba  
Tel.: 53 43 549326 • ivancl721026@minsap.cfg.sld.cu

## Bibliografía

- Angiano, América. (2003). Comunicación asertiva. México.
- Arés Muzio, P. (1990). Mi Familia es Así, Investigación Psicosocial. La Habana: Científico Técnica.
- Arés Muzio, P. (2002). Psicología de la Familia. La Habana: Félix Varela.
- Arés Muzio, P. (2004). Familia y convivencia. La Habana: Científico Técnica.
- Bellido, C. (1979). Problemáticas de la comunicación padres-hijos. Adolescentes. Narcea.
- Colectivo de autores. (2007a). Adolescencia. Una reflexión necesaria. Centro De Estudios sobre la Juventud. La Habana.
- Colectivo de autores. (2007b). Adolescente. Para ayudarte a crecer. Centro de Estudios sobre la juventud. La Habana.
- Colectivo de autores. (2009). Adolescente entre caminos y señales. Centro de Estudios sobre la juventud. La Habana.
- Debesse, M. (1962). La Adolescencia. Vergara.
- Domínguez, G, L. (2003). Psicología del Desarrollo, adolescencia y Juventud. Selección de Lecturas. La Habana: Félix Varela.



- Geseel, A, Bates A, L. (1966). El adolescente de 10-16 años. La Habana: Revolución.
- González, F, L. (1993). Motivación Moral en adolescentes y jóvenes. La Habana: Ciencias Sociales.
- González, R, F. (1993). Motivación Profesional en adolescentes y jóvenes. La Habana: Ciencias Sociales.
- Gutiérrez, B, E. (2003). Mensajes a los Padres. La Habana: Científico Técnico.
- Herrera, R, M. (1995). Adolescencia y Conducta desviada. La Habana: Política.
- La Formación de la Personalidad en adolescentes y jóvenes. (1988). La Habana: Política.
- Martínez, G, C. (2005). Para que la Familia funcione bien. La Habana: Científico Técnica.
- Ministerio de Educación. Ser Asertivos (As). Una alternativa para Vivenciar Felizmente nuestra sexualidad. (2010). Molinos Trade.
- Modesto Arrieta. Maite Eceiza. (2008). Habilidades Sociales y Contextos de la Conducta Social. (pp. 11-26). Revista de Psicodidáctica, vol 13 no. 1.
- Naranjo Pereira, María L. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta. Instituto de Investigación en Educación, vol, 8 no. 1. Retrieved from <http://revista.inie.vcr.ac.cr>.
- Ovejero Bernal, Anastasio. (1990). Las Habilidades Sociales y su Entrenamiento: Un Enfoque Necesariamente Psicosocial. Departamento de Psicología Universidad de Oviedo.
- Peláez, M, J. (n.d.). Adolescencia y juventud. Desafíos actuales. La Habana: Científica Técnica.



**HISTORIA**



# Revisión histórica de las teorías psicodinámicas explicativas de los trastornos de ansiedad.

## *Historical review of explanatory psychodynamic theories of anxiety disorders.*

Raquel Calles Marbán

MIR Psiquiatría. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife.

**Resumen:** En el presente artículo se realiza una revisión histórica de las teorías psicodinámicas que han intentado explicar a lo largo de los últimos dos siglos el origen y formación de los trastornos de ansiedad, comenzando desde 1894 cuando *Freud*, primer mentor de la conceptualización de la formación de la ansiedad, describió la neurosis de angustia, confiriéndola como una entidad propia e independiente, hasta llegar a los psicoanalistas más contemporáneos que sugieren en sus teorías la distinta naturaleza etiopatogénica de la ansiedad.

**Palabras clave:** Ansiedad, neurosis, psicoanálisis, formación reactiva, represión, proyección, evitación, somatización.

**Abstract:** In the present article a historical revision of the psychodynamic theories that have tried to explain over the last two centuries the origin and formation of the anxiety disorders, beginning from 1894 when *Freud*, first mentor of the conceptualization of the formation of anxiety, described the anxiety neurosis, conferring it as a separate and independent entity, reaching the most contemporary psychoanalysts that suggest in their theories the different etiopathogenic nature of anxiety.

**Key Words:** Anxiety, neurosis, psychoanalysis, reactive formation, repression, projection, avoidance, somatization.

*“Como regla, lo que está fuera de la vista  
perturba más seriamente las mentes  
de los hombres que lo que pueden ver”.*

*Julio César.*

Si hacemos una valoración global, la angustia es uno de los fenómenos morbosos más frecuentes en la práctica médica y en concreto en el campo de la salud mental.

La cifra de pacientes que sufren algún tipo de trastorno de ansiedad en el ámbito de las con-

sultas de medicina general se sitúa alrededor del 25%, de los cuales sólo una pequeña proporción (una cuarta parte) llega a las consultas psiquiátricas.<sup>1</sup>

En el estudio *Australia* realizado por los autores *Mc Evoy, Grove y Slade* en el año 2011, la prevalencia total de trastornos de ansiedad fue del 20%, fobia social (8,4%), trastorno por estrés postraumático (7,2%), trastorno de ansiedad generalizada (6,1%), trastorno de pánico (3,5%) y agorafobia (2,3%). Además se ha comprobado la



intensa comorbilidad entre los trastornos de ansiedad, de modo que más del 60% de los pacientes padecen más de un trastorno de ansiedad simultáneo, así como su alta comorbilidad con los trastornos depresivos que llega a alcanzar cifras cercanas al 65%.<sup>2</sup>

Aunque en la actualidad nos encontramos ante una escasez de evidencia científica sobre la utilidad de la psicoterapia dinámica, no podemos obviar la importancia de las teorías psicoanalíticas como corrientes dicotómicas de pensamiento entre la psicología y la filosofía a lo largo de estos años, encargándose si bien, más quizás de la comprensión humana que de la evidencia científica.

El psicoanálisis desde su creación hace más de un siglo, ha llegado hasta nosotros como un conjunto de teorías y técnicas psicoterapéuticas de amplio uso en todos los sistemas sanitarios públicos y privados del mundo occidental. De hecho actualmente, en los programas de formación de especialización de postgrado (MIR y PIR) está contemplada un área de competencia en psicoterapia dinámica en la mayoría de los países de la Unión Europea. En la actualidad no se encuentra reconocida de forma oficial la titulación de psicoterapeuta, siendo quizás necesario por parte de las instituciones universitarias, junto con las comisiones nacionales de especialidad (MIR y PIR) y las sociedades científicas, el adoptar una posición unitaria según los estándares de formación universitaria vigentes como única manera de reconocimiento.

Con este trabajo se ha intentado recabar y aunar en forma de revisión histórica la aportación psicodinámica a la comprensión de la ansiedad y sus orígenes.

## Introducción

La angustia es un afecto que influyó en el nacimiento del psicoanálisis y de la psiquiatría psicodinámica. *Freud* acuñó el término neurosis de angustia e identificó dos formas de angustia.

La primera se refería a la sensación difusa de preocupación o temor que se originaba en un pensamiento o deseo reprimido y era curable a través de la intervención psicoterapéutica. Y la segunda estaba caracterizada por una sensación

sobrecogedora de pánico, acompañada por manifestaciones de descarga autonómica, incluyendo sudoración profusa, aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca y diarrea. Ésta última forma según *Freud*, no derivaba de factores psicológicos. Sino que más bien, fue conceptualizada como resultado de la acumulación fisiológica de la libido relacionada con la falta de actividad sexual. Él la denominó neurosis actual.<sup>3</sup>

Durante los siguientes años, *Freud* empezó a modificar su teoría. A pesar de que el principio básico de que la ansiedad surgía de la energía sexual no descargada se mantuvo inalterado, la causa de ello dejó de atribuirse a restricciones externas como, por ejemplo, disfunciones sexuales. Según la teoría topográfica de la mente que *Freud* desarrollaba, la ansiedad era el resultado de impulsos sexuales prohibidos situados en el inconsciente y reprimidos por el preconscious.

Como señala *Freud* en su trabajo sobre *Inhibición, Síntoma y Angustia* en la descripción de fenómenos patológicos, nuestra terminología nos permite diferenciar entre síntomas e inhibiciones, pero no da demasiada importancia a esta diferenciación.

En primer lugar lo que sucede es que ambos términos y los conceptos asociados pertenecen a distintos campos. De forma general, se habla de inhibición cuando está presente una disminución de la función, y de síntoma, cuando se trata de una variación de la misma o de una nueva aparición. Aunque, en muchos casos es dejado al arbitrio del observador acentuar el aspecto positivo o el negativo del proceso patológico y designar su resultado como síntoma o como inhibición.

Debido a la existencia de un nexo entre la inhibición y la angustia, muchas inhibiciones son una renuncia a cierta función debido a que a raíz de su ejercicio se desarrollaría la angustia. Otras inhibiciones se producen manifiestamente al servicio del autocastigo. El yo no debe hacer algunas cosas ya que le proporcionarían provecho y éxito, hecho que el severo superyó le ha denegado. Entonces el yo renuncia a esas operaciones a fin de no entrar en conflicto con el superyó.

Acerca de las inhibiciones, podemos decir entonces, a modo de primera conclusión, que son

limitaciones de las funciones yoicas. Resultando así más fácil discernir entre la diferencia de inhibición y síntoma. Por lo que este último ya no puede describirse como un proceso que suceda únicamente dentro del yo o que le suceda al yo.

Si nos atenemos al estudio del intento de huida del yo, nos alejaremos de la formación de síntoma. Este síntoma se engendra a partir de la moción pulsional afectada por la represión. Cuando el yo es advertido por la señal de displacer, consigue su propósito de sofocar por completo la moción pulsional y no nos percatamos de nada de lo acontecido, es decir no logramos tener la menor noticia del proceso represivo. Así pues, sólo nos enseñan algo los casos que pueden caracterizarse como una represión fracasada en mayor o menor medida, y, por consiguiente de retorno de lo reprimido en ellos.

De estos últimos obtenemos una exposición general a pesar de la represión, la moción pulsional ha encontrado un sustituto, Y si dicho sustituto llega a instalarse, no produce tampoco ninguna sensación de placer, sino más bien lo contrario; a cambio de ello, esa consumación suele cobrar un carácter compulsivo. Pero en esta degradación a síntoma de la satisfacción, la represión demuestra su poder también en otro punto. El proceso sustitutivo ve dificultado su descarga por medio de la motilidad, y al no lograr esa descarga, se ve forzado a provocar alteraciones o trastornos en el propio cuerpo del sujeto, en tanto le está vedado transformarse en acción. Podemos deducir entonces que en la represión el yo trabaja bajo la influencia de la realidad externa, pero excluyendo el éxito en ella, pues tal es el resultado del proceso sustitutivo.

- (1) Ello: Es inconsciente y consiste fundamentalmente en la expresión psíquica de las pulsiones y deseos. Está en conflicto con el Yo y el Superyó.
- (2) Superyó: Instancia moral, enjuiciadora de la actividad yoica. El Superyó es para Freud una instancia que surge como resultado de la resolución del complejo de Edipo constituye la internalización de las normas, reglas y prohibiciones parentales.
- (3) Yo: Instancia psíquica actuante y que aparece como mediadora entre las otras dos. Intenta

conciliar las exigencias normativas y punitivas del Superyó, así como las demandas de la realidad con los intereses del *ello* por satisfacer deseos inconscientes. Es la instancia encargada de desarrollar mecanismos que permitan obtener el mayor placer posible, pero dentro de los marcos que la realidad permita. Es, además, la entidad psíquica encargada de la defensa, siendo gran parte de su contenido inconsciente.

El yo gobierna tanto el acceso a la conciencia como el paso a la acción en el mundo exterior; en la represión, ejerce y afirma su poder sobre la representación pulsional y sobre la moción pulsional. Por ello es atinado preguntar cómo se conjuga este reconocimiento de la potencialidad del yo con la descripción que esbozamos, en el estudio del yo y del ello, acerca de la posición de ese mismo yo. Desde entonces, ese hecho ha hallado fuerte eco en la bibliografía psicoanalítica. Innumerables voces destacan con insistencia la debilidad del yo frente al ello, prestas a hacer de esa tesis el pilar básico de la visión psicoanalítica.

### La teoría estructural y el conflicto intrapsíquico

Alrededor de 1926, con la llegada de la teoría estructural de la mente, la teoría de la ansiedad de Freud había sido objeto de una gran transformación. Según Freud, la ansiedad es un afecto propio del ello, y actúa como señal de alerta ante un peligro interno. El peligro procede del conflicto intrapsíquico entre los impulsos instintivos procedentes del ello, las prohibiciones del superyo y las exigencias de la realidad externa.

Si la angustia señal fallaba en activar adecuadamente los recursos defensivos del yo, entonces surgía una angustia más persistente e intensa u otros síntomas neuróticos. En este sentido, la angustia fue conceptualizada por *Freud* como una manifestación sintomática del conflicto neurótico y como una señal adaptativa para proteger a la conciencia del conflicto neurótico.

Posteriormente Gabbard postula que las inhibiciones y los síntomas neuróticos se desarrollan como medidas diseñadas para evitar la situación peligrosa y para permitir sólo la gratificación



parcial de los deseos instintivos, desviando así la ansiedad como señal de alerta. En su teoría la ansiedad conduce a la represión, en lugar de suceder al revés. Para este modelo, la angustia constituye un afecto del yo. El yo controla el acceso a la conciencia y, a través de la represión, se separa de cualquier asociación con los impulsos instintivos del Ello. Censura el impulso en sí mismo y la representación intrapsíquica correspondiente. Un deseo o impulso instintivo reprimido puede también encontrar expresión como un síntoma, aunque es pausable de ser desplazado y enmascarado mientras alcanza la expresión sintomática. Dependiendo de las operaciones defensivas y las manifestaciones sintomáticas, la neurosis resultante puede tomar la forma de un pensamiento obsesivo, una parálisis histérica o una evitación fóbica.<sup>4</sup>

En otros casos, la ansiedad puede estar relacionada con un temor consciente que enmascara una preocupación más profunda y menos aceptable. *Freud* descubrió que cada período del desarrollo evolutivo en la vida del niño produce un temor característico asociado con esa fase. A partir de los descubrimientos de *Freud* y de investigadores psicoanalíticos posteriores, se puede construir una jerarquía evolucionista de la angustia que puede ayudar al clínico psicodinámico a determinar las fuentes inconscientes de la angustia sintomática de un paciente.

Desde el principio *Freud* observó también, que al analizar las fobias, nunca se observaba nada aparte del estado emocional de ansiedad. En el caso de la agorafobia, con frecuencia se observaba el recuerdo de una crisis de ansiedad, y lo que el paciente temía realmente es que se produjera un ataque de este tipo bajo unas condiciones especiales de las que el paciente creía que no podía huir. Siendo ésta una descripción breve, realizada hace más de un siglo, acerca del desarrollo de la ansiedad de anticipación y la agorafobia después de una crisis de angustia. En aquel momento, *Freud* no consideró que las fobias tuvieran una mediación psicológica. En lugar de ello, las entendió, al igual que la neurosis de ansiedad, como manifestaciones de un estado de tensión inducido fisiológicamente. La energía libidinosa no liberada se transformaba fisiológicamente en ansiedad, y se vinculaba con objetos que, por su naturaleza o en la experien-

cia previa del paciente, eran peligrosos, y se descargaba a través de ellos.

El modelo de conflicto intrapsíquico de la ansiedad sigue siendo un pilar fundamental de la teoría psicoanalítica contemporánea. Los teóricos psicoanalíticos posteriores a *Freud*, como Melanie Klein y Joachim Flescher, también realizaron contribuciones significativas a la comprensión de los orígenes psicodinámicos de la ansiedad. Mientras que *Freud* se centró en el papel que desempeñaban los impulsos sexuales y el conflicto edípico en la génesis de la ansiedad, estos teóricos se fijaron en el papel que también pueden desempeñar los impulsos de agresión y las dinámicas preedípicas.

Desde *Freud*, la bibliografía psicodinámica también se ha apartado, hasta cierto punto, de las formulaciones que enfatizan sobre todo los deseos de la libido y los temores de castración para comprender las fobias.

Como se puede leer en el Tratado de Psiquiatría Clínica en una reseña de los autores Hales, Yudofsky y Gabbard lo que la teoría psicoanalítica no proporciona es una mayor comprensión de los determinantes de las diversas formas específicas a través de las cuales se manifiestan los propios síntomas de ansiedad. Algunos pacientes tienen ansiedad, otros presentan formas más crónicas de ansiedad, e incluso hay otros que padecen fobias, obsesiones o compulsiones. El propio *Freud* trató de enfrentarse a este problema de elección de neurosis y lo explicó parcialmente a partir de factores constitucionales, un concepto similar, en esencia, a las ideas biológicas modernas. En un intento de conciliar esta impredecibilidad con la teoría psicodinámica clásica, se ha postulado que los pacientes con conflictos inconscientes y una predisposición nerviosa para el pánico pueden manifestar su ansiedad en forma de crisis, mientras que los individuos sin esta predisposición pueden manifestar formas más leves de ansiedad como señal de alerta.<sup>5</sup>

Siguiendo estas líneas de pensamiento más contemporáneas, un estudio psicodinámico del autor Nemiah sobre pacientes con trastorno de angustia observó que, en algunos pacientes neurofisiológicamente predisuestos desde la infancia a la temerosidad, la exposición a conductas

parentales que aumentaban esta temerosidad podía dar lugar a alteraciones de las relaciones objetales y a la persistencia de conflictos en torno a la dependencia y a miedos catastróficos de indefensión, todos ellos accesibles al tratamiento psicodinámico.<sup>6</sup>

Con la ampliación de la teoría psicodinámica a lo largo de las décadas, se han elaborado diferentes formas de ansiedad, como la ansiedad de aniquilación, la ansiedad de separación, la ansiedad por la pérdidas de amor de los demás, la ansiedad de castración, la ansiedad de superyo y la ansiedad del ello. Concretamente, el mayor énfasis en las dinámicas preedípticas y la investigación en el desarrollo de los bebés y de los niños han puesto en primer plano las teorías del apego y la importancia de los trastornos del apego en la génesis de la psicopatología.

A principios de la década de 1960 el autor *Klein* propuso una teoría etiológica según la cual la agorafobia con crisis de angustia podría representar una función aberrante del sustrato biológico que subyace al apego humano normal y lo amenaza, es decir, la ansiedad por separación.<sup>7</sup> Basándose en el trabajo de Bowlby sobre el apego y la separación, Klein propuso que el apego de un bebé humano o animal hacia su madre no es simplemente una respuesta aprendida, sino que está programado genéticamente y determinado biológicamente. De hecho, del 20 al 50% de los adultos con trastorno de angustia y agorafobia recuerdan haber manifestado síntomas de ansiedad de separación patológica en su infancia, con frecuencia bajo la forma de fobia a la escuela. Además, en ocasiones la crisis de angustia inicial en la historia de un paciente que acabe desarrollando un trastorno de angustia está precedida por la pérdida, real o solo su amenaza, de una relación significativa.<sup>8</sup>

Un estudio sistemático del investigador *Faravelli* mostró que la cantidad y la gravedad de los acontecimientos vitales recientes, especialmente de aquellos acontecimientos relacionados con pérdidas, fueron mayores en los pacientes que presentaban crisis de pánico por primera vez, en comparación con individuos control. Así como que la ansiedad de separación era un tema significativamente más prevalente en los sueños y recuerdos encubridores de los pacientes con angustia que en los de individuos control sanos.<sup>9</sup>

Como respuestas, los psicoanalistas contemporáneos *Michaels*, *Frances* y *Shear*, han afirmado que este modelo neurofisiológico y etiológico de que existe un mecanismo de separación alterado y su relación con el origen de la angustia puede ser demasiado reduccionista. Estos autores señalan una inconsistencia entre la conceptualización de las crisis de angustia como fenómeno espontáneo y la frecuencia de los antecedentes de ansiedad de separación durante la infancia en pacientes con crisis de angustia, y afirman que los problemas psicológicos con la separación también pueden desempeñar un papel en la posterior vulnerabilidad a la angustia.<sup>10</sup>

Por otro lado, otros psicoanalistas contemporáneos como Cooper han dado más crédito al papel de los sustratos biológicos en el origen de los síntomas de ansiedad en, por lo menos, algunos paciente que han desarrollado la estructura de su personalidad ansiosa de modo secundario a una disregulación biológica con un gran componente de insatisfacción, de manera que a pesar de que todavía pueden encontrarse desencadenantes psicológicos de la ansiedad, en estos pacientes el umbral de ansiedad es tan bajo que deja de ser útil considerar el acontecimiento psicológico como etiologicamente significativo.<sup>11</sup>

La angustia, como la mayoría de los síntomas, es con frecuencia determinada en forma múltiple por cuestiones provenientes de una variedad de niveles de desarrollo. La organización jerárquica de estas variantes de la angustia puede llevar a la asunción errónea de que los niveles de angustia más primitivos “se superan con la edad” a medida que el desarrollo prosigue. De hecho, los niveles más primitivos de angustia persisten en todas las personas y pueden ser fácilmente disparados en situaciones traumáticas o estresantes.

Como señalaron los autores *Gabbard* y *Nemiah* al categorizar la ansiedad como una enfermedad más que como un síntoma determinado de un conflicto inconsciente, uno puede pasar por alto este aspecto adaptativo de la ansiedad. Preocuparse acerca de lo que pasará en el futuro puede conducir a un pensamiento altamente creativo y las soluciones a los problemas pueden ser encontradas como producto de la preocupación.<sup>12</sup>

En un proyecto de investigación de psicoterapia de la Fundación Menninger, realizado sobre 35 pacientes, se observó que 18 de estos pacientes mostraron un incremento de la ansiedad al finalizar el psicoanálisis o la psicoterapia, aún cuando 13 de estos 18 pacientes alcanzaron mejorías sustanciales de acuerdo con el juicio de evaluadores independientes.<sup>13</sup> Al evaluar estos resultados, los investigadores Siegal y Rosen, diferenciaron entre la ansiedad primaria, que desorganiza al paciente (análoga al trastorno de angustia), y la ansiedad señal, que puede ser adaptativa. Estos autores objetivaron que el incremento en la tolerancia a la angustia definido como la capacidad de experimentar ansiedad sin tener que descargarla frecuentemente ocurre como resultado de la psicoterapia dinámica y refleja la expansión del yo. Muchos de los pacientes que mejoraron, mostraron una sorprendente mejoría en su capacidad para hacer uso eficiente de la actividad ideacional al servicio de dominar la ansiedad. Los investigadores concluyeron que la mera presencia o ausencia de ansiedad después del tratamiento era una base insuficiente para evaluar el cambio. Es posible que un mayor dominio del yo sobre la ansiedad le permita a un individuo confrontar de una manera franca ciertas preocupaciones existenciales inherentes a la vida. La ansiedad puede ser adaptativa o no adaptativa, y la presunción de que toda ansiedad debería ser erradicada es ciertamente injustificada a partir de bases clínicas o de la experiencia de vida.<sup>14</sup>

### Trastornos de angustia

A pesar de que la evidencia de factores neurofisiológicos en el trastorno de angustia es impresionante, estas observaciones son más convincentes con respecto a su patogénesis que con respecto a la etiología. Ninguno de los datos neurobiológicos explica cual o que desencadena el comienzo de la crisis de angustia. En un estudio piloto realizado por los investigadores *Busch, Cooper, Klerman et al* que comprendía entrevistas psicodinámicas consecutivas con 9 pacientes con trastorno de angustia, estos autores identificaron en cada uno de los pacientes factores estresantes significativos que precedían al comienzo de las crisis de angustia. Estos estresores tendían a estar conectados con una alteración en el nivel de expectativas puestas

sobre el paciente. Fueron comunes los cambios en las expectativas relacionadas con situaciones laborales, así como también pérdidas asociadas con figuras centrales en las vidas de los pacientes. Muchos de los eventos de pérdida fueron asociados con experiencias infantiles en las que el vínculo con un progenitor u otra persona importante en la vida del paciente había sido amenazado. Otro denominador común entre los pacientes investigados fue la percepción de los padres como amenazantes, temperamentales, críticos, controladores y demandantes. Un análisis más profundo de las entrevistas demostró un patrón de ansiedad acerca de la socialización con otros iguales durante la infancia y relaciones parentales carentes de apoyo. Muchas de las observaciones en este estudio explorador han sido confirmadas con la investigación empírica. Los pacientes con trastorno de angustia presentan mayor incidencia de eventos estresantes de la vida, en particular pérdidas, en los meses previos al comienzo del trastorno de angustia, comparados con sujetos control.<sup>15</sup>

En otro estudio controlado realizado por los investigadores *Roy-Byrne, Geraci y Uhde* en pacientes con trastorno de angustia, se halló que el grupo experimental no solo vivió más eventos estresantes en la vida de forma significativa en el año anterior al comienzo de la crisis de angustia sino que también sintieron mayor malestar acerca de estos eventos que los sujetos control.<sup>16</sup>

En un extenso estudio realizado por los investigadores *Kendler, Neale, Kessler et al*, basado en 2163 gemelas, se encontró que el trastorno de angustia estuvo asociado de modo fuerte y significativo con la separación parental y la muerte. La separación maternal temprana, en particular, estuvo asociada al trastorno de angustia.<sup>17</sup>

Una teoría patogenética con cierto grado de apoyo empírico descrita por los autores *Kagan, Reznick y Snidman*, afirma que los pacientes con trastorno de angustia tienen una predisposición a la vulnerabilidad neurofisiológica que puede interactuar con estresores ambientales específicos para producir el trastorno.

Los investigadores *Kagan y col.*, identificaron una característica temperamental congénita en un número de niños a la que denominaron

inhibición comportamental frente a lo no familiar. Estos niños tienden a asustarse con facilidad por cualquier cosa que es extraña en su ambiente. Como un modo de hacerle frente a su miedo, ellos se apoyan en sus padres para que los protejan. A medida que crecen y maduran, sin embargo, aprenden que sus padres no estarán siempre disponibles para protegerlos y confortarlos. Pudiendo entonces externalizar sus propias incompetencias proyectándolas sobre sus padres, a quienes consideran, por lo tanto, poco fiables e imprevisibles. Estos niños pueden enojarse por la inconsistente disponibilidad de sus padres, pero su enojo crea nuevos problemas ya que temen que sus fantasías de enojo sean destructivas y que alejen a sus padres, perdiendo el progenitor de quien dependen para que les provea seguridad. Se produce entonces un ciclo vicioso en el cual el enojo del niño amenaza la relación con el progenitor y de este modo se incrementa su dependencia temerosa y hostil.<sup>18</sup>

Un pequeño estudio preliminar del estilo de vínculo de los investigadores *Manassis, Bradley, Goldberg et al*, en 18 mujeres con trastornos de ansiedad sugirió que todas tenían estilos de relación problemáticos. Catorce de las 18 pacientes fueron diagnosticadas de trastornos de angustia y tenían a tener con frecuencia altos índices de vínculo alterado. Los pacientes con trastorno de angustia ven a la separación y al apego como mutuamente excluyentes. Tienen dificultad en modular la normal oscilación entre la separación y el apego porque presentan una sensibilidad aumentada tanto a la pérdidas de la libertad como a la pérdida de la seguridad y protección. Esta dificultad los obliga a operar dentro de un rango extremadamente estrecho de comportamiento que intenta simultáneamente evitar la separación que es demasiado temerosa y el apego que es muy intenso. Esta zona constreñida de confort con frecuencia se manifiesta en un estilo sobrecontrolado de interacción con los otros. El extremo nivel de pánico que se ve en estos pacientes puede reflejar una función de angustia señal inadecuada para activar los recursos defensivos yoicos. Las amenazas al apego, en particular, parecen disparar este tipo de pánico sobrecogedora.<sup>19</sup>

Otro factor etiológico en pacientes mujeres que también se relaciona con dificultades de apego

es el abuso físico y sexual en la infancia. En una investigación llevada a cabo por los investigadores *Stein, Walker, Anderson et al*, el abuso sexual infantil se encontró en un porcentaje del 45,1% en mujeres con trastorno de ansiedad, en comparación con un porcentaje del 15,4% en un grupo de mujeres sin trastorno de ansiedad. Cuando se examinó el trastorno de angustia, en particular, un 60% de las mujeres con trastornos de angustia tenían una historia de abuso sexual infantil, comparado con el 31% de mujeres con otros trastornos de ansiedad. Debido a que el trauma infantil interfiere en la relación del niño con sus padres, el abuso sexual podría ser responsable de algunas de las dificultades que los pacientes con trastorno de angustia tienen en sentirse salvos y seguros con objetos significativos de su vidas. La internalización de representaciones abusivas de los padres también interfiere con el desarrollo de la confianza en la vida adulta.<sup>20</sup>

Como señalaron los autores *Busch, Cooper, Klerman et al* ya mencionados con anterioridad si se toman en conjunto, todos estos datos sugieren que la etiología del trastorno de angustia puede bien comprender múltiples factores, incluyendo el significado inconsciente de los eventos, mientras que la patogénesis puede comprender factores neurofisiológicos desencadenados por la reacción psicológica a los eventos. Los investigadores *Busch y col.*, concluyeron: "Dado que cada individuo interpreta el significado de estos eventos en forma diferente, un estresor externo puede o no llevar al comienzo de la angustia en un individuo neurofisiológicamente susceptible. Esto sugiere que hay una variable psicológica crucial que media entre los eventos externos y el comienzo de la angustia".

Los pacientes con trastorno de angustia típicamente usan cualquier combinación de la siguientes defensas: formación reactiva, anulación, somatización y proyección según los investigadores *Busch, Shear, Cooper et al*. La anulación y la formación reactiva pueden ayudar al paciente a repudiar aspectos negativos como el enojo. Las defensas de somatización y proyección con frecuencia trabajan sinérgicamente para prevenir la reflexión interna. En la somatización, la atención del paciente está focalizada en el fenómeno fisiológico más que en las causas psicológicas o su sentido. En la proyección, los problemas son

atribuidos a personas externas, quienes son vistas como maltrato al paciente de alguna manera. Usadas en combinación, estas defensas pueden crear una forma específica de relación de objeto en la cual otros (p.ej, amigos, médicos) son incorporados como curadores de quienes se espera que arreglen algo en el cuerpo del paciente. Este patrón de relación de objeto a menudo también se juega en la transferencia.<sup>21</sup>

Según el autor *Nemiah* los pacientes con trastorno de angustia frecuentemente requieren una combinación de farmacoterapia y psicoterapia.<sup>22</sup> Otros autores como *Zitrin, Klein y Woerner* añaden que aún cuando los pacientes con crisis de angustia y agorafobia tienen sus síntomas controlados farmacológicamente, suelen ser reacios a salir de nuevo al mundo y pueden requerir intervenciones psicoterapéuticas para ayudarlos a sobreponerse a este temor.<sup>23</sup>

Al menos un estudio de los investigadores *Wiborg y Dahl* ha sugerido que la combinación de terapia dinámica y medicación puede ayudar a reducir las recaídas en pacientes con trastorno de angustia. Los pacientes del estudio fueron randomizados en tratamientos de nueve meses de clorimipramina sola y nueve meses de clorimipramina combinada con 15 sesiones semanales de terapia dinámica breve. Aunque todos los pacientes en ambos grupos estaban libres de crisis de angustia cuando fueron evaluados 20 semanas luego del comienzo del tratamiento, los pacientes en el grupo que recibían solo clorimipramina tenían un índice mucho mayor de recaídas cuando fueron evaluados después de la finalización de la farmacoterapia. Los investigadores sugirieron que la terapia dinámica breve podía servir para reducir la vulnerabilidad psicosocial relacionada con el trastorno de angustia. Algunos pacientes suelen resistirse a tomar medicación, porque creen que ésta los estigmatiza como enfermos mentales, por lo cual se precisa la intervención psicoterapéutica para ayudarlos a entender y eliminar sus reservas acerca de la farmacoterapia.<sup>24</sup>

Según el autor *Reich* la presencia de trastornos de la personalidad, particularmente aquellos del Grupo B (antisocial, borderline, narcisista, histriónico), ha demostrado que afecta adversamente los resultados del tratamiento de pacien-

tes con trastorno de angustia. Para un plan terapéutico comprensivo y efectivo, estos pacientes requieren abordajes psicoterapéuticos además de las medicaciones apropiadas.<sup>25</sup>

## Fobias

Los trastornos de ansiedad como grupo son los más prevalentes de todos los principales grupos de trastornos mentales, y dentro a su vez de los trastornos de ansiedad, las fobias son los más comunes.

Como apuntó *Nemiah* en 1981 la comprensión psicodinámica de las fobias ilustra los mecanismos neuróticos de la formación del síntoma descritos anteriormente. Cuando los pensamientos sexuales o agresivos prohibidos, amenazan emerger del inconsciente, la señal de angustia es activada y se desarrollan tres mecanismos de defensa: desplazamiento, proyección y evitación. Estas defensas eliminan la ansiedad reprimiendo una vez más el deseo prohibido, pero la ansiedad es controlada al costo de crear una neurosis fóbica.

Según los investigadores *Kendler, Neale, Kessler et al.*, en su estudio ya mencionado con anterioridad las fobias encajan prolijamente en el modelo de la diátesis genético constitucional en interacción con los estresores ambientales. *Kendler y col.* concluyeron que el mejor modelo para el trastorno es una tendencia heredada a la fobia que requiere factores etiológicos ambientales específicos para el individuo para que se produzca un síndrome fóbico en su total expresión. En la población de este estudio, uno de los estresores ambientales claros asociados con el incremento del riesgo para la fobia fue la muerte parental antes de los 17 años.

En el trabajo de *Kagan y col.*, ya comentado con anterioridad se concluye que la inhibición conductual parece ser aplicable a la fobia social y también es relevante en el trastorno de angustia. Aunque *Kagan y col.*, encontraron que los infantes con este temperamento nacen con un umbral más bajo para desencadenar una respuesta límbico-hipotalámica a cambios inesperados del ambiente, también concluyeron que algunas formas de estrés crónico ambiental deben actuar en la disposición temperamental original para

resultar en una conducta vergonzosa y tímida a los dos años de edad. Ellos postularon que los estresores como la humillación y la crítica de un hermano mayor, discusiones entre los padres, y la muerte o la separación de un progenitor estaban tal vez entre los principales factores ambientales contribuyentes.

Los autores *Rosenbaum, Biederman, Bolduc et al.*, extendieron el trabajo de los autores *Kagan y col.*, al evaluar padres de niños conductualmente inhibidos de una cohorte no clínica estudiada por *Kagan*. Los padres de estos niños estaban en un mayor riesgo para los trastornos de ansiedad, especialmente la fobia social. Los padres de aquellos niños con inhibición conductual y ansiedad tenían índices significativamente elevados de dos o más trastornos de ansiedad en comparación con dos conjuntos diferentes de padres en los grupos control. Una posible interpretación de estos hallazgos es que aquellos niños con inhibición conductual que van a desarrollar trastornos de ansiedad son expuestos a padres con mayor ansiedad quienes pueden transmitir al niño que el mundo es un lugar peligroso.<sup>26</sup>

En un estudio posterior de los investigadores *Schneier, Johnson, JHornig et al.*, sobre 13.000 adultos, los principales trastornos comórbidos, a lo largo de la vida, estaban presentes en los 69% de los sujetos con fobia social. Estos investigadores señalaron que, en ausencia de comorbilidad, la fobia social es raramente tratada por profesionales de la salud mental.<sup>27</sup>

El trabajo clínico realizado con pacientes fóbicos sociales por el autor ya mencionado anteriormente *Gabbard* reveló que ciertas relaciones de objeto interno características están presentes. Específicamente, estos pacientes han internalizado representaciones de padres, cuidadores, o hermanos que les avergüenzan, critican, ridiculizan, humillan y/o abandonan. Estos introyectos son establecidos tempranamente en la vida y luego proyectados en forma repetida sobre personas en el ambiente que, entonces, son evitadas. Aunque estos pacientes pueden tener una predisposición genética a experimentar a otros como dañinos, las experiencias positivas pueden, en cierta medida, mitigar esos efectos. Es como si una plantilla programada genéticamente estuviera presente desde el nacimiento.

En la medida en que los cuidadores se comportan de acuerdo con esa plantilla programada, el individuo se volverá cada vez más temeroso de otros y desarrollará fobia social. En la medida en que los cuidadores son sensibles al temor del niño y lo compensan, los introyectos serán más benignos, menos amenazantes, y menos proclives a producir el síndrome adulto de la fobia social.

### Trastorno obsesivo-compulsivo

Las obsesiones son definidas como pensamientos recurrentes egodistónicos, mientras que las compulsiones son acciones ritualizadas que deben ser ejecutadas para aliviar la ansiedad.

Una investigación realizada por los autores *Karno, Golding y Sorenson* han sugerido que el trastorno obsesivo-compulsivo es mucho más común de lo que se había pensado previamente. La prevalencia a lo largo de la vida está entre 1,2% y 2,4%, una cifra varias veces mayor que todas las estimaciones previas. El trastorno obsesivo compulsivo está con frecuencia asociado a depresión y conlleva serias limitaciones en el funcionamiento laboral y social, de manera tal que los miembros de la familia y compañeros de trabajo de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo pueden también estar significativamente afectados por la enfermedad.<sup>28</sup>

La clásica formulación de la regresión defensiva inherente en la neurosis obsesivo-compulsiva ha sido resumida por el autor *Nemiah* como un estímulo que es disparado por la ansiedad y provocado por la libido edípica, en vez de reprimir la pulsión y convertir la energía en síntomas somáticos como en la histeria, o desplazarla y proyectarla como en la neurosis fóbica, el paciente con una neurosis obsesivo-compulsiva se retira de la posición edípica y regresa a lo largo del sendero del desarrollo psicosexual a la fase anal, una regresión con frecuencia ayudada por la presencia de fijaciones anales resultantes de perturbaciones en el pasaje inicial del paciente a lo largo de ese estadio del desarrollo durante la temprana infancia.<sup>29</sup>

La explicación psicodinámica del trastorno obsesivo-compulsivo ha sido desafiada por la reciente investigación biológica. Los investigadores



*Tumer, Beidel y Nathan* han sugerido que existe una base biológica para el trastorno debido a varias observaciones, incluyendo un índice más alto de concordancia para el trastorno obsesivo-compulsivo en gemelos monocigóticos que en dicigóticos, una prevalencia aumentada en pacientes con Trastorno de la Tourette y en sus familias, y una respuesta dramática a la psicocirugía en algunos pacientes.<sup>30</sup>

### Trastorno por estrés postraumático

Las décadas finales del siglo veinte fueron testigos de una mayor apreciación de la penetrancia del trastorno por estrés postraumático en la población general.

En 1976, *Horowitz* publicó su trabajo destacado sobre el impacto del trauma en la personalidad. *Horowitz* observó que las víctimas de un trauma alternan entre la negación del evento y la repetición compulsiva de éste a través de pesadillas y escenas retrospectivas (flashbacks). De este modo, la mente intenta procesar y organizar el estímulo abrumador. *Horowitz* identificó ocho temas psicológicos comunes que siguen al trauma grave: 1) duelo o tristeza, 2) culpa acerca de los propios impulsos coléricos o destructivos, 3) temor a volverse destructivo, 4) culpa acerca de sobrevivir, 5) temor a identificarse con las víctimas, 6) vergüenza acerca del sentimiento de desamparo y vacío, 7) temor a que uno repetirá el trauma, y 8) enojo intenso dirigido hacia la fuente del trauma.<sup>31</sup>

Mientras que en algún momento se pensó que la gravedad de los síntomas postraumáticos era directamente proporcional a la gravedad del estresor, los estudios empíricos sugieren otra cosa. En una investigación prospectiva de 51 pacientes con quemaduras realizada por los autores *Perry, Difede, Musngi et al.*, el síndrome por estrés postraumático por quemaduras pequeñas, fue sentido con una menor percepción de apoyo emocional, y por un mayor distrés emocional, mientras que heridas más extensas o severas no predijeron síntomas postraumáticos. Los hallazgos de este estudio están de acuerdo con el consenso creciente de que el trastorno por estrés postraumático es probablemente más dependiente de factores subjetivos que de la gravedad del estresor.<sup>32</sup>

En un estudio posterior de los investigadores *Breslau, Davis, Andreski et al.*, se determinó que el riesgo de desarrollar trastorno por estrés postraumático podía estar relacionado con la separación temprana del niño de sus padres, historia familiar de ansiedad, o depresión preexistente. Los autores concluyeron que una predisposición personal a desarrollar trastorno por estrés postraumático era necesaria para que los síntomas emergieran.<sup>33</sup>

Los aspectos de la percepción subjetiva que han sido más ampliamente documentados por el autor *March* comprenden la experiencia de temor extremo, la atribución de desamparo personal, la percepción de amenaza de vida, y la percepción de potencial para la violencia física. La mayoría de las personas no desarrollan trastorno por estrés postraumático aún al enfrentar un trauma terrible. Más aún, eventos que pueden parecer relativamente bajos en gravedad pueden desencadenar el trastorno por estrés postraumático en ciertos individuos debido al significado subjetivo asignado al evento. Es decir, se pueden despertar traumas pasados otra vez por circunstancias presentes.<sup>34</sup>

En 1993 los autores *Davidson y Foa* sugirieron que los siguientes factores predisponentes de vulnerabilidad influyen para que se desarrolle el trastorno por estrés postraumático o no: 1) vulnerabilidad genético-constitucional a una enfermedad psiquiátrica; 2) experiencias traumáticas o adversas en la infancia; 3) ciertas características de personalidad (como aquellas presentes en pacientes antisociales, dependientes, paranoides y fronterizos); 4) recientes estresores o cambios en la vida; 5) un sistema de apoyo inadecuado o complicado; 6) reciente uso intensivo de alcohol y 7) una percepción de que el locus de control es externo más que interno.<sup>35</sup>

La disociación peritraumática puede también predecir una mayor probabilidad de desarrollar trastorno por estrés postraumático según los autores *Griffin, Resick y Mechanic*. Aunque las defensas disociativas pueden ser activadas para mantener afectos intensos y dolorosos fuera de la conciencia, la fuerza de los recuerdos traumáticos hace que estos afectos se mantengan en un alto estado de activación cognitiva. De este modo, factores cognitivos y afectivos pueden

trabajar con propósitos cruzados y llevar a la oscilación, tan común en el trastorno por estrés postraumático, entre la intrusión de los recuerdos y el fallo de la memoria. Aunque *Freud* postuló la compulsión a la repetición como la fuente de recuerdos traumáticos intrusivos, podemos ahora concluir que los recuerdos traumáticos no resueltos permanecen activados en forma cognitiva precisamente porque ello son afectivamente inhibidos por mecanismos de defensa tales como la disociación. El sistema inconsciente de monitoreo que mantiene los recuerdos traumáticos a raya debido a sus asociaciones con estados afectivo dolorosos también da por supuesto que estos recuerdos no pueden ser elaborados.<sup>36</sup>

La visión psicodinámica moderna del trastorno por estrés postraumático ha sido ampliamente influida por el trabajo de *Krystal H.* A través de investigaciones extensas en sobrevivientes de la persecución nazi, *Krystal* ha conectado el deterioro en la expresión y tolerancia de los afectos al trauma psíquico. Este autor observó una elevada prevalencia de enfermedades psicósomáticas tanto en sobrevivientes de campos de concentración como en veteranos de guerra. Como la mayoría de los pacientes psicósomáticos, estos individuos también sufren de alexitimia: la incapacidad de identificar o verbalizar estados afectivos. Para *Krystal*, el trauma psíquico en la infancia determina una detención del desarrollo afectivo, mientras que el trauma en la adultez conduce a una regresión en el desarrollo afectivo. El resultado final en ambos casos es que los sobrevivientes del trauma no pueden utilizar los afectos como señales. Debido a que cualquier emoción poderosa es vista como una amenaza de que el trauma original retorne, estos pacientes somatizan afectos o se medican a través del abuso de las drogas de prescripción. *Krystal* observó también que en los estados postraumáticos, estos individuos pueden sufrir alteraciones en la capacidad para desarrollar funciones de autocuidado y tranquilizarse a sí mismos. Ya no pueden relajarse y calmarse lo suficiente como para tener un sueño natural. Hasta este punto, el tratamiento de elección es todavía poco claro. Aquellos con alexitimia experimentarán sólo los correlatos fisiológicos de los estados emocionales sin registrar los sentimientos en el dominio

psicológico, resultando en un deterioro mayor de su condición psicósomática. Incluso lograr que los pacientes hablen acerca del trauma puede ser una tarea formidable.<sup>37</sup>

El trauma masivo compele al yo a alistar las defensas primitivas, por ejemplo, negación, minimización y renegación proyectiva. El sentimiento de rabia por haber sido victimizado es con frecuencia proyectado sobre otros, llevando a algunos sobrevivientes del trauma a volverse hipervigilantes para protegerse de la agresión que perciben de aquellos que están a su alrededor. Otros pacientes pueden utilizar el enojo como una defensa contra sentimientos más perturbadores de vulnerabilidad. El litigio es algunas veces buscado como una forma de tratar con ese enojo, sugiriendo un motivo poderoso de venganza como también un deseo de dominar sentimientos de desamparo a través de ganar alguna forma de compensación por el sufrimiento inducido por el trauma. También la culpa puede ser utilizada como una defensa. Las víctimas de violación con frecuencia creen que ellas mismas son responsables por la violación, una postura defensiva que enmascara el pensamiento más perturbador de que son completamente indefensas en un universo donde la violencia surge al azar. Un estudio controlado de los investigadores *Lindy, Grace, Green et al.*, sobre terapia psicodinámica breve con sobrevivientes de incendios demostró mejoría significativa en los 30 pacientes que participaron, 19 de los cuales reunían criterios para trastorno por estrés postraumático solo o con depresión comórbida. La terapia en sí misma consistió en 6-12 sesiones en las que se estimulaba la exposición a situaciones temidas.<sup>38</sup>

En 1989 un estudio de los autores *Brom, Kleber y Defares* compararon pacientes que recibían terapia dinámica, hipnoterapia y desensibilización sistemática. Los tres grupos terapéuticos mostraron mayor mejoría en la puntuación de los síntomas que un grupo control. La terapia dinámica alcanzó mayor reducción en los síntomas de evitación pero tuvo menor impacto sobre los síntomas intrusivos. Los grupos de desensibilización e hipnoterapia mostraron el patrón inverso. Las técnicas conductuales han probado ser efectivas, pero la relajación necesaria para las modalidades conductuales puede ser difícil de alcanzar en los pacientes con trastorno por estrés postraumático



debido a que sus habilidades para autoserrenarse están deterioradas.<sup>39</sup>

Según los autores *West y Coburn West* la psicoterapia individual debe ser altamente personalizada para los pacientes que sufren de trastorno por estrés postraumático. La reconstrucción de experiencias traumáticas con la catarsis emocional acompañante puede ser de ayuda, pero una evaluación cuidadosa de las capacidades yojicas del paciente debe preceder a este tipo de trabajo terapéutico. Ciertos pacientes serán abrumados por esa reconstrucción y reaccionarán con deterioro clínico. La integración de experiencias traumáticas debe ser dosificada de acuerdo con la capacidad particular de cada paciente para dicha integración.<sup>40</sup>

### Trastorno de ansiedad generalizada

Para que aparezca este trastorno la ansiedad debe ser excesiva, difícil de controlar y ocupar la mayor parte del tiempo durante por lo menos un período de seis meses. También debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o en otras áreas importantes del funcionamiento del individuo. La ansiedad debe ser lo suficientemente excesiva para que el paciente focalice en un número de actividades o eventos como blancos de la ansiedad. La calidad de vida de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada es afectada materialmente por sus aprensiones continuas acerca de su futuro, sus circunstancias de vida actual, su situación financiera, la posibilidad de daño sobreviniendo a sus familiares, y otros aspectos diversos de la vida. Ellos pueden experimentar tensión física y síntomas leves de descarga simpática, pero nada cercano a los niveles de la crisis de angustia. El trastorno de ansiedad generalizada continúa siendo controversial. De todos los trastornos de ansiedad, es el que está asociado con el mayor índice de comorbilidad.

Un recorrido por la literatura puede, por supuesto, proveer información esencial para ayudar con semejantes decisiones. Numerosos estudios demuestran la eficacia de técnicas conductuales, técnicas farmacoterapéuticas e incluso psicoterapia dinámica breve para tratar a los pacientes con ansiedad. Sin embargo, los diseños de grupo en gran escala nada dicen a los clínicos acerca de como determinar cuál individuo es probable que se beneficie con cual tratamiento.

Como los autores *Barber y Luborsky* han sostenido, los diagnósticos de un trastorno de ansiedad específico requieren diferentes tratamientos en diferentes circunstancias con diferentes pacientes. Estos autores afirmaron que la psicoterapia psicodinámica puede ser el tratamiento de elección para el paciente que está psicológicamente dispuesto, que está motivado para comprender la matriz de la cual surge el síntoma, y que está deseoso de invertir tiempo, dinero y esfuerzo en un proceso terapéutico.

Los pacientes necesitan aprender a tolerar la ansiedad como una señal significativa en el curso de la psicoterapia. Aquellos con fortaleza yojica razonablemente buena llegan a ver a la ansiedad como una ventana al inconsciente. El tratamiento de la ansiedad debe comenzar con una evaluación psicodinámica pensada y minuciosa, con la conceptualización de la ansiedad como una multideterminada “punta del témpano”. El clínico debe diagnosticar la naturaleza del temor subyacente del paciente. Además, se debe evaluar el rol de la ansiedad en la organización de la personalidad del paciente. ¿Cuál es la capacidad del yo para tolerar la ansiedad y soportar la exploración de los orígenes de la ansiedad?. La prescripción de las intervenciones psicodinámicas apropiadas depende en parte de la situación clínica del paciente y de sus intereses. Algunos pacientes pueden rápidamente responder bien a comentarios educacionales y clarificadores breves y no requerir ningún tratamiento posterior. Otros que tienen síntomas altamente focales y cierta fortaleza yojica notable pueden mejorar su ansiedad con terapia dinámica breve. Los pacientes neuróticos con pocas quejas focales y un mayor interés exhaustivo en un cambio fundamental de la personalidad pueden requerir psicoanálisis. Por último, los pacientes con patología seria del carácter que se quejan de ansiedad necesitarán psicoterapia expresiva de apoyo a largo plazo antes de poder experimentar probablemente algún alivio sintomático.<sup>41</sup>

Este característico patrón defensivo de evitación puede estar relacionado con un vínculo inseguro y conflictivo en la infancia, así como también con traumas tempranos según los autores *Crits Christoph P, Wolf Palacio et al.* A medida que las fuentes de ansiedad son vinculadas a conflictos recurrentes, el paciente llega a darse cuenta de

que la ansiedad puede ser dominada a través de una comprensión de las expectativas inconscientes de fracaso en las relaciones y en el trabajo. Un resultado positivo puede ser también la capacidad de utilizar la ansiedad como una señal de un conflicto recurrente que conduce a la introspección y a la posterior comprensión.<sup>42</sup>

### Conclusión

Para el psicoanálisis, la neurosis es una afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa del individuo.

Desde sus orígenes, la teoría analítica ha experimentado sustanciales cambios. En sus inicios, *Freud* distinguió las neurosis actuales (neurosis de angustia) de las psiconeurosis de transferencia (neurosis obsesiva, histeria de conversión e histeria de ansiedad o neurosis fóbica). Mientras que a las primeras se les atribuyó una causa actual y fisiológica, por disfunción somática de la sexualidad, las segundas se consideraron como producto de un conflicto psíquico infantil que permanece en el inconsciente.

Con el paso de los años esta teoría dicotómica fue perdiendo fuerza, y en la actualidad el psicoanálisis considera que las dificultades reales de la vida son insuficientes para producir el trastorno de ansiedad, por lo que siempre se precisa que exista previamente un conflicto interno anclado en el pasado.

Este yo infantil débil, por así decirlo, es incapaz de manejar las intensas pulsiones libidinosas y agresivas, generándose así dicha ansiedad. Y si esta fijación pulsional instintiva del adulto es débil, se necesita una intensa experiencia traumática actual para desencadenar la neurosis y, viceversa.

En resumen, la neurosis se muestra ante el psicoanálisis como una mala estructuración del yo, incapaz de controlar las fuerzas instintivas del ello y las exigencias sociales, por lo que el paciente neurótico es un personaje que fracasa ante sí mismo y en su relación interpersonal y social.

A pesar de que actualmente las teorías psicoanalíticas no son aceptadas universalmente por los psiquiatras, éstas siguen siendo una herramienta de un gran valor para comprender y tratar, por lo menos, a algunos pacientes. Del mismo modo, debe señalarse que la teoría de *Freud* de la formación de la ansiedad no es incompatible con las teorías biológicas de la ansiedad. Aunque el primer modelo de ansiedad de *Freud* fue eclipsado por el modelo de conflicto, en muchos aspectos las teorías biológicas modernas se parecen más a su formulación fisiológica original.

*“Los psicoanalistas empezaron a comprender que sus instrumentos psicoanalíticos no eran capaces de tratar la enfermedad depresiva aguda, pero sí eran adecuados para muchos enfermos que sufrían depresión tras aliviar farmacológicamente los aspectos biológicos de la ansiedad, el pánico y la disforia”. Mendelson, 1993.*

### Contacto

Raquel Calles Marbán • rcalleshuc@gmail.com • Tel.: 678 416 867  
Hospital Universitario de Canarias • Carretera de Ofra, s/n.  
38320 San Cristóbal de La Laguna • Santa Cruz de Tenerife

### Bibliografía

1. Vallejo Ruiloba, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 8ª Edición. Barcelona. Elsevier Masson; 2015 p. 149- 150.

2. Mc Evoy, P., Grove, R. *Epidemiology of anxiety disorders in the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2011 p. 957-967.



3. Freud S: *Inhibitions, symptoms and anxiety (1926), in the standard Edition of the complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 20*. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1959, pp 75-175.
4. Glen O. Gabbard, M.D: *Psiquiatría Psicodinámica en la práctica Clínica*. 3ª Edición. Editorial Médica Paramericana, 2002, pp 249-250.
5. Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO: *Tratado de Psiquiatría Clínica*. 5ª Edición. Editorial Masson, 2009, pp 492.
6. Nemiah JC: "A psychoanalytic view of phobias". *Am J Psychonal* 41:115-120, 1981.
7. Klein DF: "Anxiety reconceptualized, in Anxiety: New Research and Changing concepts". Edited by Klein DF, Rabkin JG. New York, Raven, 235-263, 1981.
8. Bowlby J: "Attachment and Loss" Vol 2: Separation: Anxiety and Anger. New York, Basic Books, 1973.
9. Faravelli C, Pallanti S: "Recent life events and panic disorder". *Am J Psychiatric* 146: 622-626, 1989.
10. Michaels R, Frances A, Shear MK: "Psychodynamic models of anxiety, in anxiety and the anxiety Disorders". Edited by Tuma AH, Maser JD. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 595-618, 1985.
11. Cooper AM: "Will neurobiology influence psychoanalysis?" *Am J Psychiatry* 142: 1395-1402, 1985.
12. Gabbard GO, Nemiah JC: "Multiple determinants of anxiety in a patient with borderline personality disorder". *Bull Menninger Clin* 49: 161-172, 1985.
13. Appelbaum SA: "The Anatomy of Change: A Menninger Report on Testing the Effects of Psychotherapy". *New York, Plenum*, 1977.
14. Siegal RS, Rosen IC: "Character style and anxiety tolerance: A study of intrapsychic change, in Research in Psychotherapy", Vol 2. Edited by Strupp H, Luborsky L. Baltimore, MD, French-Bray Printing Co, 206-217, 1962.
15. Busch FN, Cooper AM, Klerman GL, et al: "Neurophysiological, cognitive- behavioral, and psychoanalytic approaches to panic disorder: toward an integration". *Psychoanalytic Inquiry* 11: 316-332, 1991.
16. Roy- Byrne PP, Geraci M, Uhde TW: "Life events of the onset of panic disorder". *Am J Psychiatry* 143: 1424-1427, 1986.
17. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, et al: "Childhood parental loss and adult psychopathology in women: a twin study perspective". *Arch Gen Psychiatry* 49: 109-116, 1992.
18. Kagan J, Reznick JS, Snidman N: "Biological bases of childhood shyness". *Science* 240: 167-171, 1988.
19. Manassis K, Bradley S, Goldberg S, et al: "Attachment in mothers with anxiety disorders and their children". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 1106-1113, 1994.
20. Stein MB, Walker JR, Anderson G, et al: "Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample". *Am J Psychiatry* 153: 275-277, 1996.
21. Busch FN, -shear MK, Cooper AM, et al: "An empirical study of defense mechanisms in panic disorder". *J Nerv Ment Dis* 183: 299-303, 1995.
22. Nemiah JC: "The psychoanalytic view of anxiety, in Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders". Edited by Pasnau RO. Washington, DC, American Psychiatric Press, 115-137, 1984.
23. Zitrin CM, Klein DF, Woerner MG: "Behavior therapy, supportive psychotherapy, imipramine, and phobias". *Arch Gen Psychiatr* 35: 307-316, 1978.
24. Wiborg IM, Dahl AA: "Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder?" *Arch Gen Psychiatry* 53: 689-694, 1996.
25. Reich JH: "DSM III personality disorders and the outcome of treated panic disorder". *Am J Psychiatry* 145: 1149-1152, 1988.

26. Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc EA, et al: "Comorbidity of parental anxiety disorders as risk for childhood-onset anxiety in inhibited children". *Am J Psychiatry* 149: 475-481, 1992.
27. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, et al: "Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample". *Arch Gen Psychiatry* 49: 282-288, 1992.
28. Karno M, Golding JM, Sorenson SB: "The epidemiology of obsessive five U.S. communities". *Arch Gen Psychiatry* 45: 1094-1099, 1988.
29. Nemiah JC: "Psychoneurotic disorders, in The New Harvard Guide to Psychiatry". Edited by Nicoli AM Jr. Cambridge, MA, *Belknap Press of Harvard University Press*, 234-258, 1988.
30. Tumer SM, Beidel DC, Nathan RS: "Biological factors in obsessive-compulsive disorder". *Psychol Bull* 97: 430-450, 1985.
31. Horowitz MJ: "Stress Response Syndromes". New York, Jason Aronson, 1976.
32. Perry S, Difede J, Musngi G, et al: "Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury". *Am J Psychiatry* 149: 931-935, 1992.
33. Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al: "Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of Young adults". *Arch Gen Psychiatry* 48: 216-222, 1991.
34. March JS: "What constitutes a stressor? The Uriterion a issue, in Posttraumatic Stress Disorder". Edited by Davidson JRT, Foa EB. Washington, DC, *American Psychiatric Press*, 37-54, 1993.
35. Davidson JRT, Foa EB: "Epilogue, in post-traumatic Stress Disorder": Washington, DC, *American Psychiatric Press*, 229-235, 1993.
36. Griffin MG, Resick PA, Mechanic MB: "Objective assessment of peritraumatic dissociation: psychophysiological indicators". *Am J Psychiatry* 154: 1081-1088, 1997.
37. Krystal H: "Massive Psychic Trauma". New York, *International Universities Press*, 1968  
Krystal H: "Psychoanalytic views on human emotional damages, in Post-Traumatic Stress Disorder: Psychological and biological Sequelae". Edited by van der Kolk BA. Washington, DC, *American Psyquiatric Press*, 1-28, 1984.
38. Lindy JD, Grace MC, Green BL, et al: "Psychotherapy with survivors of the Beverly Hills Supper Club fire". *Am J Psychother* 37: 593-610, 1983.
39. Brom D, Kleber RJ, Defares PB: "Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders". *J Consult Clin Psychol* 57: 607-612, 1989.
40. West LJ, Coburn K: "Posttraumatic anxiety, in Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders". Edited by Pasnau RO. Washington, DC, *American Psychiatric Press*, 79-133, 1984.
41. Barber JP, Luborsky L: "A psychodynamic view of simple phobia and prescriptive matching a commentary". *Psychoteraphy* 28: 469-472, 1991.
42. Crits- Christoph P, Crist- Christoph K, Wolf Palacio D, et al: "Brief supportive-expressive psychodynamic therapy for general anxiety disorder, in dynamic Therapies for Psychiatric Disorders". Edited by Barber JP, Crits-Christoph P. New York, *Basic Books*, 43-83, 1995.

- Recibido: 15/1/2017.
- Aceptado: 14/5/2017.



## Distribución de libros

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

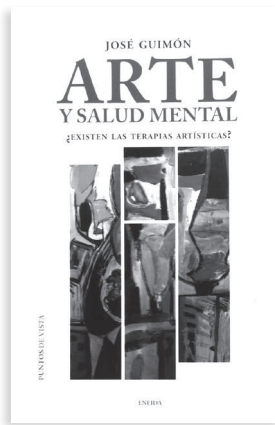
Cualquier socio interesado que quiera vender sus libros, puede consultar las condiciones en un módulo con esa información la pantalla de inicio de [www.tienda-aen.es](http://www.tienda-aen.es)

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



# ACTUALIZACIONES





## Arte y salud mental. ¿Existen las terapias artísticas?

Autor: José Guimón

Edita: ENEIDA. Madrid, 2016 • 390 páginas

ISBN: 978-84-1545-888-3

Abordando con sabia fluidez al personaje y las corrientes culturales de cada época, José Guimón supo aprovechar cada circunstancia, cada nuevo emplazamiento, cada beca, cada destino profesional, además de sus acompañantes de viaje, colaboradores incluidos. Aprovechó sus estancias en hospitales de New York y Ginebra como también lo hizo desde los de Bilbao y Barcelona.

Con el fin de ofrecer un enfoque diferente e innovador al colectivo de los psiquiatras, bajo el nombre *Locura y Pintura: la enfermedad mental a través del arte*, había abordado la relación existente entre Arte y Psiquiatría, así como la situación actual de la terapia a través del arte, con una reflexión general sobre los mecanismos psicopatológicos implicados en la creatividad artística.

Freud afirmó que todos somos artistas, no en vano, cuando hemos sido niños, todos hemos pintado. Pronto vamos al colegio y, como si nos castraran, la mayoría dejamos de pintar mientras aprendemos a hacer números y a jugar al balón. Los pintores, en cambio, continúan pintando. Niños que expresan sus sueños, fantasías e ideas lo hacen a través de la pintura. También Freud afirma que en la edad adulta la pintura se convierte en el juego del adulto y que ésta es una prolongación del proceso primario de pensamiento, que es el que se produce en los sueños. La obra debe ser el producto de un proceso que haya resultado en la creación de más de una obra, por lo que se hace necesario conocer no sólo lo que un pintor produce realmente, sino

qué pinturas podría producir, trascendiendo así la noción de repertorio. La hipótesis de Sigmund Freud se basa en la existencia de una cierta flexibilidad de la represión en el artista, hecho que le facilitaría su creatividad.

El artista, el pintor, cuando crea su obra lo hace a partir del encuentro de la introspección (su mundo interior) y de los movimientos técnicos y culturales imperantes (su exterior). Los neurólogos y fisiólogos siguen buscando determinadas áreas en nuestro cerebro asociables al arte, a la creatividad pero, hoy por hoy, a pesar de los avances en los conocimientos no lo han logrado. Otros especialistas de las neurociencias, psiquiatras y psicólogos, también han abordado la cuestión de la creatividad en quienes padecen enfermedades mentales. Sí parece ser que cuando ciertas áreas cerebrales se ven dañadas, se producen mecanismos de plasticidad cerebral reorganizando su funcionalismo.

Esta obra resume los mecanismos psicobiológicos y sociales involucrados en la creatividad artística y proporciona ejemplos de artistas que han presentado trastornos psíquicos que afectaron a su actividad. Se ocupa así mismo de las que se han venido denominando Terapias corporales y artísticas, y reflexionamos en torno al espinoso problema de su efectividad.

Revisando la obra de Sigmund Freud, vemos que dedicó algunas páginas al arte, a la expresión artística. Si no consideramos su importante obra "El malestar de la cultura" Hay también páginas



dedicadas a algunos chistes, al humor, al poeta, al Moisés, alguna mención a la historieta y a la expresión artística.

En el capítulo sobre la elaboración onírica en “La interpretación de los sueños” habla de la limitación de las artes plásticas (comparadas con la poesía que puede servirse de la palabra) dependiendo del material por medio de cuya elaboración tienden a exteriorizar algo (...). Una opción -dice Freud- como ocurrió en el pasado era hacer salir de la boca de los personajes filacterias con frases con las que el pintor esperaba exteriorizar la expresión de sus figuras. Hoy, y también lo decía Freud hace un siglo, la pintura ha conseguido representar de un modo distinto al primitivo de la filacteria, la intención, por lo menos, de lo que sus figuras habrían de expresar en palabras, ternura, amenaza, consejo, etc.

Otros psiquiatras y psicoanalistas han tenido la tentación de investigar en el arte. El bilbaíno Ángel Garma también escribió en los años 50 y 60 “Psicoanálisis del arte ornamental” y un buen número de artículos dedicados al estudio del arte, de los procesos psíquicos creadores y de la psicología del artista y de su público. Estudió la vida y obra de un artista medieval psicótico, las de un famoso escultor del barroco, y otros casos de la historia. También Wilfred Bion, Eugen Bleuler, Oscar Messana, y hasta Jacques Lacan, con su tesis lacaniana: “El arte se caracteriza por una cierta forma de organización alrededor de un vacío...”. Esta tesis, permite demos vueltas en torno al problema de la relación del psicoanálisis con el arte, particularmente con la pintura. También José Guimón mantuvo su preocupación por el arte, sus siete libros sobre el tema dan testimonio.

## Agenda

- 5 y 6 de octubre • Madrid • Salón de Actos, Hospital Universitario La Princesa • <http://www.aen.es>  
**I Jornadas de Psicoterapia de Grupo de la AEN: “La Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental”.**
  - 8 al 12 de octubre • Berlín • <http://www.wpaberlin2017.com/>  
**XVII Congreso Mundial de Psiquiatría (WPA).**
  - 3 y 4 de noviembre • Bilbao  
**I Jornadas sobre “Suicidio: entre el estigma y el abandono. Un problema de salud pública”.**  
Organizan: OME-AEN, Osalde, UPV-EHU.
  - 17 de noviembre • Santander  
**Jornada sobre “Actualidad del Psicoanálisis en la práctica clínica”  
y III Premio Ángel Garma de la AEN al mejor trabajo de Psicoanálisis.**  
Organiza: aPSMC-AEN  
Información: [aen.premiogarmasantander@gmail.com](mailto:aen.premiogarmasantander@gmail.com)
  - 17 y 18 de noviembre • Gijón • Hospital de Cabueñes  
**Jornadas de Salud mental Perinatal: “Intervenciones, iniciativas y experiencias”.**  
Organiza: Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud mental-Profesionales de Salud Mental (AANSM-AEN).
  - 16 al 18 de noviembre • Barcelona  
**XX Congreso Nacional de Psiquiatría.**  
Organizan: SEP y SEPB.  
Información: [congreso@sepsiq.org](mailto:congreso@sepsiq.org) • Tel. 913 834 145
  - 23 al 25 de noviembre • Madrid  
**XXII Curso Anual de Esquizofrenia: “Experiencias alucinatorias y posibilidades terapéuticas”.**  
Organizan: FITEP, ISPS y AEN.  
Información: [cursoesquizofreniamadrid@barcelocongresos.com](mailto:cursoesquizofreniamadrid@barcelocongresos.com)
- 
- 3 al 6 de marzo de 2018 • Niza, France • [www.epa-congress.org](http://www.epa-congress.org)  
**26th European Congress of Psychiatry (EPA): “Mental Health. Integrate, innovate, individualise”.**
  - Junio de 2018 • Córdoba • [www.aen.es](http://www.aen.es)  
**XXVII Congreso de la AEN-PSM: “Aprender del pasado, construir el futuro”.**  
Información: [aen@aen.es](mailto:aen@aen.es)
  - 5 al 7 de julio de 2018 • Madrid • [www.wapr2018madrid.com](http://www.wapr2018madrid.com)  
**XIII Congreso Mundial de WAPR (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial):  
Recuperación, Ciudadanía, Derechos humanos.**  
Organizan: FEARP y AEN-PSM  
Información: [info@wapr2018madrid.com](mailto:info@wapr2018madrid.com)

## Normas de publicación

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

En general, no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados 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](mailto: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 (videocassette). 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](http://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:



