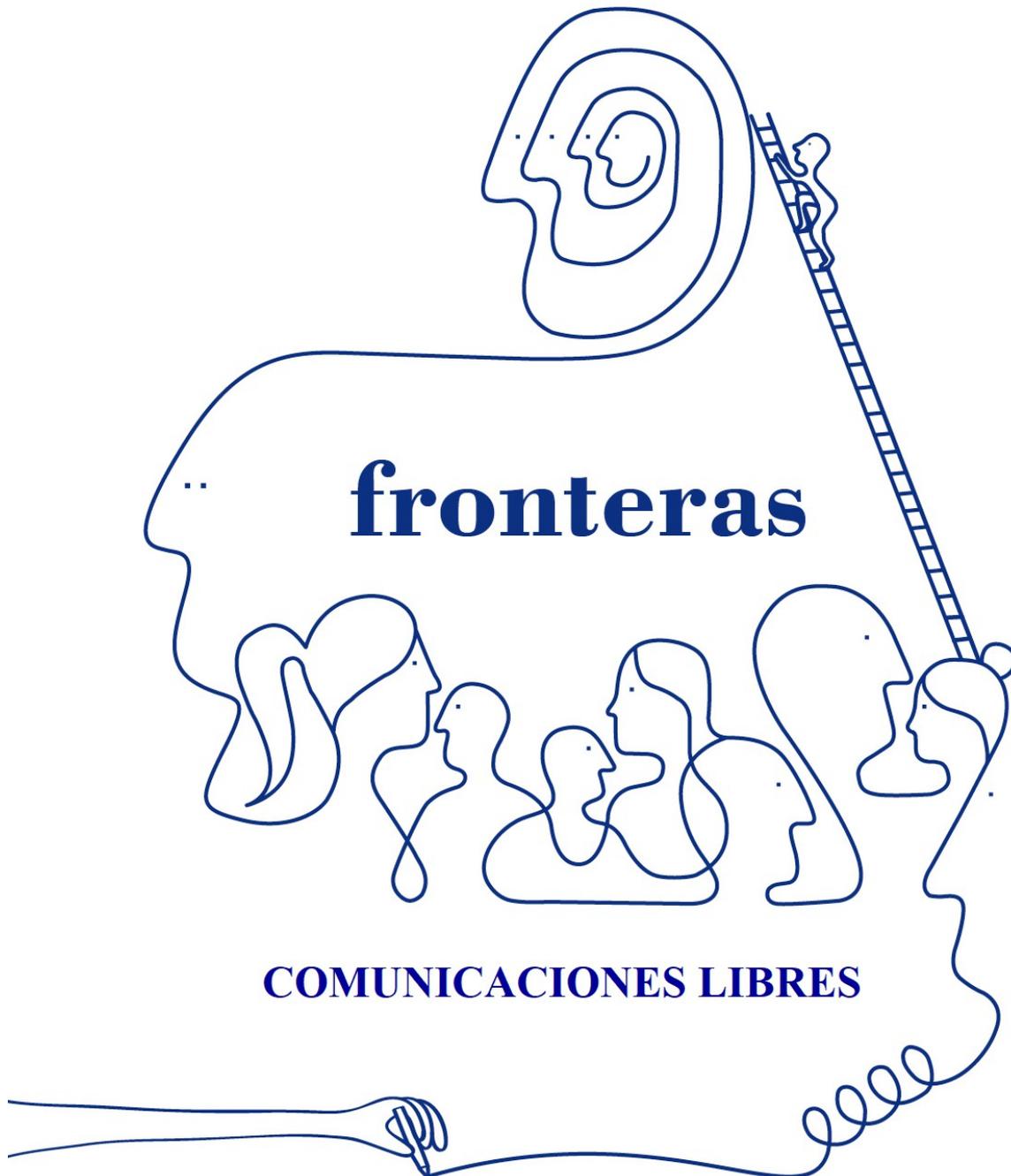


**XXVIII Jornadas Nacionales
de Salud Mental AEN**



En este documento se recogen las comunicaciones libres presentadas en el transcurso de la sesión celebrada en la Facultad de Geografía e Historia de la Universidad de Santiago de Compostela el día 20 de junio de 2019.

XXVIII JORNADAS NACIONALES DE SALUD MENTAL DE LA AEN “FRONTERAS”

COMUNICACIONES LIBRES

índice:

<i>Fronteras y factores psicosociales en salud mental</i>	7
Florencio Moneo Martín	
<i>La hospitalización domiciliaria en salud mental: una estrategia de intervención en crisis para personas con problemas de salud mental</i>	19
Iria Domínguez Vázquez, Alba Luque Tintó, Carmen Hidalgo Arjona, Mar Bodas Martínez, Antoni Corominas Díaz	
<i>Relación entre empleo y bienestar subjetivo en una muestra de personas con y sin diagnóstico de trastorno mental grave: estudio piloto</i>	33
Antonio Perdigón, David Fraguas, Octavio Finol, Vanesa López	
<i>Capacitar en la incapacitación</i>	36
Helena Aparicio Alonso, Silvia Lourdes Domingos Videira	
<i>Fronteras diagnósticas. Trastorno Esquizoide de la Personalidad; un olvidado</i>	50
Irene Hortal de Pablo, Cristina del Álamo Jiménez	
<i>Fibromialgia, ¿la única rebeldía posible?</i>	62
Maria Luisa Costa Ferreira da Silva, Carolina Cabrera Ortega, Lisi Amaya Lega	
<i>Injusticia testimonial: atravesando las fronteras epistemológicas en Salud Mental</i>	70
Álvaro Cerame del Campo, Anthyma Violeta Franco Soler, Paloma Coucheiro Limeres	
<i>Grupo de terapia en la unidad de agudos: un espacio para la puesta en común y la comprensión del proceso durante el ingreso</i>	82
María Carnicer Castaño, Bárbara Ordóñez, Rafael Pinilla, Marina Esparza Barandiaran	
<i>Evaluación de la satisfacción de los usuarios en salud mental</i>	87
Clara Cocho Santalla, Ignacio Vera López	

"A Gaiola Aberta", más que una publicación antipsiquiátrica. Descripción y análisis de la segunda etapa 97

Diego González Peña, Ramón Ramos Ríos

Adolescentes con TEA. Más allá de la frontera del diagnóstico: trabajar con lo singular y lo común en un grupo de "habilidades sociales" 101

María África Cruz García, Sonia Fuentenebro Antón

**FRONTERAS Y FACTORES PSICOSOCIALES EN
SALUD MENTAL**

Florencio Moneo Martín

Socio de OME-AEN. Miembro de las secciones de Historia y de Psicoterapia de Grupo de la AEN.

Médico Mestho en psiquiatría. Psicoterapeuta FEAP. Didacta. Psicoanalista de pareja y familia.

Hospital de Día del CSM. Bilbao. Bizkaia.

Correspondencia: florenmoneo3@gmail.com

- DEFINICIÓN

Frontera (1) –según el “*Diccionario de la Lengua Española*”- es: (de frondeo) confín de un estado. 2. Frontis, fachada. 3. Cada una de las fajas o fuerzas que se ponen en el serón por la parte de abajo para su mayor firmeza. 4. Tablero fortificado con barrotes que sirve para sostener los tapiales que forman el molde de la tapia cuando se llega con ella a las esquinas o vanos. 5. Límite. Ú. m. en pl. *Su codicia no tiene FRONTERAS.*

En este texto propongo el significado de fronteras a los factores sociales que impiden –por los efectos de la segregación que provocan- a la mayoría de la población –cuando no son tratados- su inclusión y disfrute de las riquezas generadas por la actividad económica, política, recreativa y cultural de la comunidad.

- TESIS

Este trabajo defiende la tesis de que las personas que han perdido la salud – biopsicosocialmente comprendida, ver la “*Declaración de Alma Ata*” de la OMS, de 1978 (2)- poseen una doble segregación: la una que deviene de su diagnóstico –la frontera visible- y la otra derivada de las falsas ideas de la población –la frontera invisible, al modo por ejemplo, de la invisibilidad hasta hace poco de las mujeres con respecto a los hombres-. Propongo leer en este sentido las “*Obras Completas*” de Rosalía de Castro, Turner Ed, 1993, cuando dice en el tomo I, página 48, en el prólogo de su primera novela publicada en 1859 con 22 años:

“...Pasados aquellos tiempos en que se discutía formalmente si la mujer tenía alma y si podía pensar -¿se escribieron acaso páginas más bella y profundas, al frente de las obras de Rousseau que las de la autora de Lelia?- se nos permite ya optar a la corona de la inkortalidad, y se nos hace el regalo de creer que podemos escribir algunos libros, porque hoy, nuevos Lázarus, hemos recogido estas migajas de libertad al pie de la mesa del rico, que se llama siglo XIX.

...El que tenga paciencia para llegar para llegar hasta el fin, el que haya seguido página por página este relato, concebido en un momento de tristeza y escrito al azar, sin tino, y sin pretensiones de ninguna clase, arrójelo lejos de sí y olvide entre otras cosas que su autor es una mujer.

Porque todavía no les es permitido a las mujeres escribir lo que sienten y lo que saben.”

Mujer -vale igual para el gitano, el LGTBI, el enfermo mental, el toxicómano y el migrante-, excelente novelista no reconocida desde su tiempo hasta hoy. Así como los estudios sobre ella de Mauro Armiños (3), (4), (5), (6), como uno de los muchos casos de invisibilidad-. O de la noticia que María Martín y Sara Rosati analizan cuidadosa y exquisitamente, publicada en el diario “*El País*” del 24 de marzo de 2019 en la página 32 (7), bajo el título de “10 temporeras marroquíes acusaron a su jefe de acoso sexual y laboral en los campos de Huelva. Aquella decisión les impide volver a su país porque sus familias las repudian. El precio de denunciar los abusos en la fresa”, que demuestra que el paso adelante de las mujeres (en la frontera invisible) les hace pagar una factura muy cara aún -en Europa en pleno siglo XXI-. Como profesionales de la salud mental, ¿hemos de tratar las fronteras invisibles? Por supuesto que sí.

- DATOS DE CAMPO

El contexto de salud social: En el Estado –señala Alfageme en su “*Chequeo a la sanidad pública*”- (8) 600.000 (584.018 en datos de 2018) pacientes aguardan una intervención quirúrgica. 1,5 millones esperan una cita con el médico especialista. Lista de Espera media 93 días. En

Traumatología la lista de espera (157.419) es 11 días de media. Demora del diagnóstico 6 meses – resonancia y cita con el especialista- Tiempo de espera endoscopia 1 año. Tiempo de espera para una intervención quirúrgica de cáncer de próstata en el servicio de urología de un hospital general terciario –en Bilbao, el Hospital de Basurto, fuente “*archivo personal*”- 75 días. Por cada 1.000 ciudadanos 43 esperan ser vistos por un especialista (el Ministerio de Sanidad no detalla más los datos). Millón y medio de personas que viven en la incertidumbre con un interrogante en la cabeza –“¿Llegaré a tiempo de que la intervención quirúrgica sea eficiente?”-. 4 de cada 10 son citados más allá de 2 meses. El último barómetro sanitario –de 2018- explicita: el 47,7% de encuestados considera que los tiempos de espera no han mejorado –recuerden todos la voz del personaje narrador al comienzo de la película “*Casablanca*”, cuando describe el anhelo de los refugiados del régimen nazi, decir: “...Esperan los salvoconductos. Y esperan, y esperan, y esperan...”-. El 24,3% cree que han empeorado. El año del comienzo de los drásticos ajustes -2012, año cuando (Desviat nos lo recuerda en su libro “*Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*”, (9)) la OMS incluyó a España entre los países con mayor recorte en los presupuestos para sanidad, junto a Bulgaria, Croacia, Estonia, Hungría, Islandia, Irlanda, Italia, Grecia, Letonia, Rumanía, Portugal, produjo un aumento de los copagos, dejando fuera casi 400 fármacos que anteriormente eran financiados, una mayor externalización, más gestión privada y venta de hospitales públicos, la ciudadanía aguardó 100 días para operarse, 27 días más que el año anterior-. Según datos del INE la tasa de suicidios aumentó un 11% desde el inicio de la crisis. Sánchez Bayle –Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública- contabiliza (10) que la mitad de los médicos de atención primaria tiene cupos de entre 1.500 y 2.000 pacientes. Eso en España. En la UE 1 de cada 5 ciudadanos mayores de 15 años responde que no pueden acceder a consultas médicas o tratamientos por el tiempo de demora (datos de Eurostat de 2014). Cabasés, Villalbí y Aibar, en el ya lejano “*Informe SESPAS 2002*” (11) –en el tomo II- decía en la página 331: “las listas de espera suponen la principal fuente de insatisfacción de los usuarios... Implica aumentar la gravedad de las dolencias, prolongar la incapacidad y el sufrimiento de los pacientes... pérdidas de la equidad. La adecuada gestión de estas listas exige que la necesidad y la efectividad del tratamiento actúen como criterios de inclusión en ella. La disminución de la incertidumbre será efectiva, la prescripción médica estará menos influida por factores ajenos a la estricta necesidad clínica, tales como los sistemas privados de pago o la capacidad productiva”-. Lo constata mucho antes de la crisis. En cuanto a atención primaria –en la página 398 se puede leer- los puntos críticos de entonces –falta de adecuación de los presupuestos al peso teórico en el sistema sanitario, adecuación del número y funciones de los profesionales, falta de prestigio social de la medicina de atención primaria, marco laboral preconstitucional, desmotivación, control insuficiente del gasto

farmacéutico, acceso limitado a tecnologías diagnósticas, ausencia de flexibilidad gestora, distanciamiento creciente entre gestores y clínicos, longitudinalidad insuficiente, sobrecarga asistencial, falta de adaptación de la organización al paciente, limitada capacidad de resolución, realización de prácticas inefectivas, ausencia de continuidad asistencial-, sucede ese diálogo imposible que tantas veces se da como escena en el gran teatro del mundo entre personajes de la vida cotidiana:

Personaje 1: -¡Eh! ¡Gobierno!, ¡lo dijimos!

Gobierno: -No me acuerdo.

Los sucesivos “*Informes SESPAS*” confirman la naturaleza crónica (sic) de los problemas de la distribución de la renta, riqueza, pobreza y esperanza de vida en el Estado –ver el estudio de Bourdieu sobre los factores sociales y los movimientos económicos en el libro “*Les structures sociales de l’économie*” (12)-. “La inmersión de la economía en los factores sociales es tal que, es necesario recordar claramente en el alma que el fin real de una verdadera economía práctica, no es otra cosa en último término, que la economía de las condiciones de producción y reproducción de agentes e instituciones de producción y de reproducción económica, cultural y social, es decir, el fin mismo de la sociología” –en la página 29 del libro-. Hasta aquí Bourdieu. Yo añadido por mi parte: “y de la salud de la persona y de la sociedad, o sea de la salud pública”-.

- ALGUNAS FALSAS IDEAS EN SALUD MENTAL (13)

1. Suprimir de la sanidad pública las intervenciones quirúrgicas ajenas a la salud (cambio de género, aborto), porque no son problemas de salud sino exageraciones de mujeres radicales, feministas –la discriminación de **género**, los prejuicios de género-.

2. Eliminar el acceso gratuito a la sanidad pública a todos los inmigrantes ilegales. Hay que obligar al copago a todos los residentes extranjeros legales que no tengan un mínimo de 10 años de permanencia en nuestro suelo. Tienen derecho únicamente a los servicios de urgencia –el odio al **emigrante**-.

3. La ley de violencia de género y toda la normativa posterior discrimina a un sexo –femenino- y perjudica al masculino. En su lugar, hay que hacer una ley de violencia intrafamiliar que proteja por igual a ancianos, hombres, mujeres y niños. Los organismos feministas son violentos, radicales, y están subvencionados por los Presupuestos Generales del Estado. Existen muchas denuncias falsas –la discriminación a la **mujer**-.

4. La familia natural es una institución anterior al Estado. Las otras estructuras familiares –

familias monoparentales, con hijos adoptados, padres/madres homosexuales, monopersonales...- no son familias de verdad. Las leyes de adopción perjudica el desarrollo de las familias naturales –la perspectiva única de **estructura familiar**-.

5. El feto es una persona. El aborto es un crimen salvaje. Es un deber de la población la defensa de la vida desde la concepción hasta la muerte natural. El aborto y la eutanasia son homicidios –el **aborto** y la **eutanasia** son malos-.

6. Los privilegios penitenciarios (salarios, seguridad social) a los presos condenados por terrorismo y a inmigrantes ilegales no sirven para su reinserción a través del método punitivo –los **presos se castigan** no se reinsertan-.

7. Las mezquitas son fundamentalistas. Debería de estar prohibida la construcción de nuevas mezquitas. Por parte del Estado debería de existir una exigencia del principio de reciprocidad en la apertura de lugares de culto. Hay que prohibir la financiación por parte de terceros países de lugares de culto. Exclusión de la enseñanza del Islam en la escuela pública. Fortalecer nuestras fronteras. Levantar un muro infranqueable en Ceuta y Melilla. Publicación de datos sobre nacionalidad y origen en estadísticas de delitos. La inmigración se afrontaría atendiendo a las necesidades de la economía y a la capacidad de integración del inmigrante. Se establecerían cuotas de origen privilegiando a las nacionalidades que comparten idioma e importantes lazos de amistad y cultura con nosotros. –la **diversidad religiosa, lingüística y cultural** es mala-.

8. Defender la deportación de los inmigrantes ilegales a sus países de origen. Deportación de los inmigrantes que estén de forma legal pero que hayan reincidido en la comisión de delitos leves o hayan cometido algún delito grave. Revisión de los tipos penales (y endurecimiento de sus penas) para combatir a las mafias de la inmigración ilegal, así como para quienes colaboren con ellas, ya sean ONGs, empresas o particulares –la **segregación racial, étnica y cultural**-.

9. Acabar con el efecto llamada: cualquier inmigrante que haya entrado ilegalmente estará incapacitado, de por vida, a legalizar su situación y por lo tanto a recibir cualquier tipo de ayuda de la administración –el **segregacionismo** social-.

10. Persecución efectiva de las mafias de comercio callejero, no solo los vendedores, también la producción y distribución –**agresividad a la economía del emigrante**-.

11. Suprimir la institución del arraigo como forma de regular la inmigración ilegal.

12. Transformar el Estado autonómico en un Estado de Derecho unitario que promueva la igualdad y la solidaridad en vez de los privilegios y la división. Un solo gobierno y un solo parlamento para todo el territorio. Como paso previo: devolución inmediata al Estado de las competencias de Educación, Sanidad, Seguridad y Justicia –**perspectiva única de la sociedad**-.

13. Hay que eliminar las autonomías limitando en todo lo posible la capacidad legislativa

autonómica –**perspectiva única de la política** y la cultura-.

14. El conocimiento, la difusión y la protección de la identidad nacional es concebida como única. La aportación de España a la civilización y a la historia universal, con especial atención a las gestas y hazañas de nuestros héroes nacionales posee una versión única –visión idealizada de las guerras, **promoción de la violencia** contra el vecino-.

15. Hay que derogar inmediatamente la Ley de Memoria Histórica porque se volvería a vivir una guerra civil. No puede estudiarse el pasado porque nos volvería a dividir –el **recuerdo de lo que pasó** es malo, mejor el olvido-.

16. La Historia no es importante. No es necesario conocerla.

Estas son solo unas pocas ideas falsas, prejuicios, porque existen todavía muchísimas más. Entre muchas otras Giordana en su libro “*La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*” (14) nos recuerda entre otras cosas –se puede leer en la página 15 del prefacio- “...la autoestigmatización por la enfermedad misma... el ser humano desarrolla desde su más temprana infancia una representación... como menos inteligentes y menos competentes. Con estas falsas ideas la estigmatización alcanza a los profesionales de la salud mental. Pienso en la Historia reciente de la República Argentina. El jefe del departamento de psiquiatría, modélico para el país, de un hospital general –Eva Perón- sufrió la experiencia de la desaparición de su hijo tras el golpe de estado de los coroneles –ver el libro de Sergio Eduardo Visacovsky (15) “*El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*”, en donde el autor en la página 23 se manifiesta así: “...la relación entre lo político y un dominio institucional no político, para poner de manifiesto el lugar crucial que tuvo en la historia política en la Argentina después de 1955, como una fuerza activa proveedora de marcos interpretativos de los pasados de sectores sociales e institucionales no definidos como “políticos”. Tal era el caso del Lanús... este lugar crucial de lo político no fue producto de un rasgo atávico de la Argentina, sino del modo específico que asumió su proceso político: la discontinuidad democrática, el autoritarismo, la violencia política y el terrorismo de estado que caracterizaron a la política argentina entre 1955 y 1983... (el hospital) Lanús ha narrado su pasado apelando a categorías de índole política”-.

Dice Villanueva en el prólogo del maravilloso libro (16) publicado en 1978 –agotado actualmente, ¿se animaría un editor o editora a reeditarlo?- titulado: “*Los marginados en España. Gitanos, toxicómanos, enfermos mentales, homosexuales*”, escrito al alimón por Manuel Gómez Beneyto, Aurelio Luna Maldonado, Cecilio Serena Velloso, José Aumente Baena, José Cazorla Pérez, Pedro Cerezo Galán y José García González, en las páginas 13 y 14 lo siguiente: “Esperemos que la evolución política del país otorgue a sus científicos e intelectuales la libertad de pensamiento

que como dice Elías Díaz: ampliamente concebida constituye el elemento fundamental y, a su vez, el medio más adecuado y favorable para el pleno desarrollo de una auténtica vida intelectual que cumpla respectivamente su función como conciencia crítica de la sociedad, potenciando por tanto y no anulando, sus diferentes y quizás discrepantes tendencias y expresiones individuales. El intelectual, el científico, el escritor, el artista (yo añado el profesional de la salud mental) reivindican en este sentido, como exigencia ética e incluso como exigencia técnica, una suficiente y amplia libertad crítica y de pensamiento. Sin una zona mínima de libertad nada es posible, en efecto, en el mundo de la cultura.”

UNA PROPUESTA DE SOLUCIONES

Los actores que poseen alguna cuota de poder en el gran grupo social son: la jefatura del estado, el gobierno, el parlamento, la justicia, las sociedades profesionales, las asociaciones de afectados, los grupos sociales, los partidos políticos, las organizaciones que defienden a empresas, los sindicatos, las asociaciones culturales, las asociaciones feministas, las de autoayuda ... y cada persona empoderada –basada en la confianza y la ayuda del otro-, por mucho que a algunos les cueste creerlo. Defiende Naím -en su libro “*El fin del poder*”, publicado en el año 2013, (17) que describe la experiencia de poco poder de un jovencísimo ministro de economía de un gobierno republicano de Latinoamérica- lo siguiente: “...El poder me fascinó y me atrajo desde joven (me dijo Fischer). Una de mis mayores sorpresas fue descubrir que los grandes palacios oficiales y todos los demás símbolos del poder del gobierno eran, en realidad, una escenografía bastante hueca. La arquitectura imperial de los palacios oficiales oculta lo limitado que es en la práctica el poder de quienes trabajan en ellos... Los poderosos tiene cada vez más limitaciones para ejercer el poder... El poder es cada vez más débil, más transitorio, más limitado... El poder se está volviendo cada vez más débil y, por tanto, más efímero.” Página 15-.

Los métodos de ejercicio de poder para su acción específica en las dinámicas sociales son: la búsqueda de la información verdadera, contrastada, la conducta asociacionista de cada persona, las movilizaciones sociales de protesta, las intervenciones de los sindicatos, las acciones de los afectados y afectadas, la unidad de acción de los partidos políticos, la participación activa en los grupos de defensa de la sociedad –democrática, librepensadora, igualitaria, hermanada, laica y civil-, las decisiones de los jueces y juezas, de los parlamentarios y parlamentarias, de los gobiernos, de las jefaturas de Estado. Todo ello dinamizado de forma abierta, democrática y respetuosa con la diversidad de las partes, con el objeto de constituir movimientos de cambio social,

promotores del desarrollo de la salud –también la mental-, influyentes en la realidad que nos rodea que prevengan la aparición de los pensamientos pesimistas –“siempre fue así, no se puede”-, los sentimientos derrotistas –“los ricos siempre ganan”-, y las conductas autodestructivas –el ejercicio de la violencia en contra de la persona misma, de los miembros de su familia, de sus amistades- abstencionistas de ciudadanas y ciudadanos. Y por último, el conocimiento detallado de la Historia social –los factores históricos (18), (19): lo que pasó en la I República, pronunciamiento de Pavía y Serrano, la restauración, crisis social de 1917, dictadura de Primo de Rivera, II República, guerra civil, dictadura, transición, hasta hoy-.

Fernández Liria defiende –en su último libro “Locura de la psiquiatría”, página 115 (20)- la tesis de que la evolución del pensamiento en salud mental ha sido la necesidad de justificar el tipo de trabajo que una sociedad en transformación iba requiriendo, a la que se han visto abocados los profesionales. Para defender más adelante –páginas 154 y 155- la acción de cuestionar el antiautoritarismo, el paternalismo y aboga por la construcción en los tratamientos de relaciones interpersonales de trabajo paciente-profesional -de naturaleza médico, psicoterapéutico y social-.

- CONCLUSIONES

- a. Hacer visibles las fronteras -los determinantes sociales de la salud mental-.
- b. Conocimiento detallado de los factores históricos que permanecen presentes y obstaculizan los procesos de cambio en salud mental (21), (22), (23), (24), (25), (26),
- c. Contar con las opiniones y las decisiones de los pacientes (27) –nuestros mejores aliados- a los que queremos ayudar, para la valoración de los resultados de los tratamientos.
- d. Introducción de más cambios en la naturaleza de la relación terapéutica paciente-profesional hacia una mayor democracia (28) y reparto del poder entre los actores, basado en la cooperación, el desarrollo interpersonal y la colaboración interinstitucional de ambas partes.
- e. El exquisito respeto de los derechos humanos de los pacientes, (29), (30), (31), (32), (33), (34), (35), (36), (37), (38), (39), (40).
- f. Mayor compromiso político (41) de los profesionales para el logro de los objetivos de atención a las necesidades sanitarias del grupo social.
- g. Evaluación y en su caso cierre de los establecimientos hospitalarios de larga estancia en el Estado -que aún perduran-.

- h. Formación en educación sanitaria a los pacientes con el objetivo de fomentar la promoción de la salud –también la mental- en el seno de las relaciones sociales.
- i. Aumento de la financiación dedicada a la salud (42) –política económica progresista (43), aumento del gasto comprometido en los Presupuestos Generales del Estado, estimulación de las aportaciones de las empresas y fundaciones privadas-.
- j. Mayor control en la verificación de la asistencia por parte de profesionales competentes e imparciales –externos al Gobierno, externos al sistema-.
- k. Adquisición de conocimientos permanente.
- l. Una actitud y una Psicoterapia adecuada a la base del proceso del tratamiento de cada paciente.
- m. Prioridad para el tratamiento en Atención Primaria, en red con su entorno, sobre el hospitalario.
- n. Reducir el tiempo en los tratamientos breves hospitalarios.
- o. Evaluación meticulosa de los efectos secundarios de la parte psicofarmacológica del tratamiento.
- p. Favorecer la resocialización de las personas en tratamiento.
- q. Formación de los profesionales de la salud mental desde los conceptos de interdisciplinariedad, transdisciplinariedad e intersectorialidad, promoviendo el tratamiento en red.
- r. Exportación del modelo a otros países.
- s. Creación, mantenimiento y el desarrollo de grupos de presión –pacientes, profesionales de la salud mental, instituciones económicas, deportivas, culturales, sociales- para asegurar los procesos de cambio que siempre serán sanitarios –entendiendo el cambio sanitario como un proceso de desarrollo en igualdad, biológico, psicológico, social, político, histórico, ecológico, creativo, de pensamiento, emocional e integrativo de las numerosas partes que constituyen el grupo grande social (44), (45), (46), (47), (48), (49), (50).

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 21 ed. Madrid: Espasa

- Calpe Ed, 1992.
2. OMS . Declaración de Alma – Ata. Salud para todos en el año 2000. OMS Ed: Ginebra, 1978.
 3. De Castro, R. Obra poética. Barcelona: Diario El País Ed, 2005.
 4. De Castro, R. En las orillas del Sar. Barcelona: Plaza y Janés Ed, 1985.
 5. De Castro, R. Obras Completas I. Madrid: Turner Ed, 1993.
 6. De Castro, R. Obras Completas II. Madrid: Turner Ed, 1993.
 7. Martín M, Rosati S. El precio de denunciar los abusos de la fresa. Diez temporeras marroquíes acusaron a su jefe de acoso sexual y laboral en los campos de Huelva. Aquella decisión les impide volver a su país porque sus familias les repudian. In El País. XLIV. 15.230. 32. Madrid: Prisa Ed, 2019.
 8. Alfageme, A. Reducir las lista de espera, la cirugía más completa. In El País. 15.223. XLIV. 22-23. Madrid: Prisa Ed, 2019.
 9. Desviat, M. Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud colectiva. Madrid: Grupo 5 Ed, 2016.
 10. FADSP. La privatización sanitaria en las comunidades autónomas. Informe FADSP 2019. Bilbao: Osalde Ed, 2019. DOC: <https://osalde.org/la-privatizacion-sanitaria-en-las-ccaa-informe-fadsp-2019/>
 11. Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar A. Informe SESPAS 2002. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. II. València: Consejería de Sanitat, Subsecretaria per a l'Agència Valenciana de la Salut, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud EVES Eds, 2002.
 12. Bordieu, P. Les structures sociales de l'économie. Lourai: Editions du Seuil, 2000.
 13. Vox. Programa electoral a las elecciones generales del 28 de abril de 2019. Madrid: Vox Ed, 2019.
 14. Giordana, JY. La stigmation en psychiatrie et en santé mentale. Issy-Les-Moulineaux Cedex: Masson Éd, 2014.
 15. Visacovsky, S. El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina. Madrid: Alianza Ed, 2002.
 16. Torres González, F. Los marginados en España. (Gitanos, toxicómanos, homosexuales, enfermos mentales). Madrid: Editorial Fundamentos, 1978.
 17. Naím, M. El fin del poder. Madrid: Debate Ed, 2013.
 18. Fernández de Castro, I. De las Cortes de Cádiz al Plan de Desarrollo 1808 – 1966. Ensayo de interpretación política de la España contemporánea. Paris: Ruedo Ibérico Ed,

1968.

19. Moneo, F. Factores sociales de la salud. Los determinantes históricos. Bilbao: Osalde Ed, 2019. DOC: <https://osalde.org/programas-electorales-elecciones-generales-2019-3/>
20. Fernández Liria, A. Locura de la Psiquiatría. Apuntes para una crítica de la Psiquiatría y de la “salud mental”. Bilbao: Desclée de Brouwer Ed, 2018.
21. Angosto Saura T, Rodríguez López A, Simón Lorda D. Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría. Ourense: AEN, AGSM, 2001.
22. Campos R, Montiel L, Huertas R. Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas Ed, 2007.
23. Álvarez-Uría, F. Miserables y locos. Medicina mental y Orden social en la España del siglo XIX. Barcelona: Tusquets Ed, 1983.
24. Peset, JL. Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales. Barcelona: Crítica Ed, 1983.
25. Álvarez Martínez JM, Esteban Arnáiz R. Crimen y locura. IV Jornadas Nacionales de la sección de historia. Palencia: AEN, 2004.
26. Viñas, A. ¿Quién quiso la guerra civil? Historia de una conspiración. Barcelona: Crítica Ed, 2019.
27. Beiras H, Sánchez M. La sanidad no se vende. Manual para la defensa de la Sanidad Pública. Madrid: Ed Akal SA, 2015.
28. Moneo, F. Puentes. Bilbao: Ekimen Ed, 2016.
29. Novella, E. Salud Mental y Ciudadanía. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN (Madrid) 2019; 134: 511-3.
30. Montero I, Botejara A, Rodríguez A. Proposición de Ley de derechos en el ámbito de la Salud Mental. Madrid: Grupo Parlamentario Confederal de Unidas-Podemos-En Comú Podem-En Marea Ed, 2019.
31. ONU. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Paris: ONU Ed, 1948.
32. Parlamento de España. Constitución Española. Madrid: Las Cortes Ed, 1978.
33. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
34. Ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
35. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
36. Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
37. Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, de cartera de servicios comunes del

- Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
38. ONU. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. New York: ONU Ed, 2006.
 39. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
 40. OMS. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra: OMS Ed, 2013.
 41. Moneo, F. Los factores políticos de la salud en atención primaria. In Osalde.org.Bilbao: Osalde, 2019. DOC: <https://osalde.org/elecciones-y-derecho-a-la-salud>.
 42. Krugman, P. La reforma sanitaria no debe ser una prueba de fuego. In El País Negocios. XLIV. 15.229. 1.742. 16. Madrid: Prisa Ed, 2019.
 43. La Constitución de la II República Española. Madrid: Congreso de los Diputados Ed, 1931. DOC: <http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/>
 44. Morin, E. La Méthode 1. La nature de la Nature. Lourai: Éditions du Seuil, 1981.
 45. Morin, E. La Méthode 6. Éthique. Lourai: Éditions du Seuil, 2004.
 46. De Maré, P. Textos escogidos. Barcelona: Cegaop Press, 2010.
 47. Valls, JL. Acción específica. In Diccionario freudiano. 19-22. Madrid: Juan Yébenes SA, 1995.
 48. Aranda, JL. El banco ha vendido mi hipoteca. La cesión de los préstamos de vivienda a fondos de titulización llega poco a poco a los juzgados: Una afectada ha llevado su caso al Tribunal Supremo. In El País. Año XLIV. 15.284. 51. Madrid: Prisa Ed, 2019.
 49. Rivas, JF. ¿Reformar la Reforma Psiquiátrica? In Diario Sur. Sevilla: Sur Ed, 2019.
 50. *Trabajo en prensa*. Moneo, F. Lazos [en prensa]. Bilbao: Ekimen Ed.

**LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN SALUD MENTAL:
UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS
PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

*Iria Domínguez Vázquez¹, Alba Luque Tintó², Carmen Hidalgo Arjona³,
Mar Bodas Martínez⁴, Antoni Corominas Díaz⁵*

¹Psiquiatra Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y Atención Domiciliaria (UHPAD), Servicio de Salud Mental y Adicciones, Fundació Sanitària Mollet.

²Enfermera Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y Atención Domiciliaria (UHPAD), Servicio de Salud Mental y Adicciones, Fundació Sanitària Mollet.

³Psicóloga Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y Atención Domiciliaria (UHPAD), coordinadora Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC), Servicio de Salud Mental y Adicciones, Fundació Sanitària Mollet.

⁴Enfermera Gestora del Servicio de Salud Mental y Adicciones, Fundació Sanitària Mollet.

⁵Psiquiatra, Jefe de Servicio de Salud Mental y Adicciones, Fundació Sanitària Mollet.

Correspondencia: iriagrou@gmail.com

Introducción

La hospitalización y atención domiciliaria intensiva en salud mental aparece como una alternativa a la hospitalización convencional para personas que atraviesan una situación de crisis o sufrimiento psíquico intenso, permitiendo una atención en domicilio intensiva y especializada que favorezca la recuperación de la persona en su medio.

Son bastantes las experiencias internacionales existentes en tratamientos domiciliarios intensivos en personas que atraviesan un problema de salud mental, destacando el caso de Gran Bretaña, donde a partir del año 2000 el modelo de atención domiciliaria en crisis ha sido introducido de manera generalizada (1). En España, ya vienen funcionando desde hace años algunos programas de hospitalización domiciliaria en Valencia (2), A Coruña (3) y Barcelona (4). En el año 2017, dentro de las estrategias del *Pla director de salut mental i addiccions* del departamento de salud de la Generalitat de Catalunya, se crean varios programas nuevos en el territorio catalán, entre

los que se encuentra el nuestro.

Con el fin de integrar el funcionamiento de los nuevos dispositivos con las intervenciones domiciliarias que ya se llevan a cabo desde otros programas, en el documento marco “Modelo asistencial de alternativas a la hospitalización convencional en Cataluña” (5) se diferencian varios niveles de intensidad en la atención domiciliaria en salud mental. En primer lugar se recogen las intervenciones de baja intensidad que pueden realizarse desde el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) o el Centro de Atención y Seguimiento para problemas relacionados con el uso de sustancias (CAS), que tienen como objetivo la evaluación, seguimiento o revinculación.

En segundo lugar se encuentran las intervenciones de mediana intensidad, que tienen como objetivo una atención intensiva en personas que presentan situaciones de complejidad clínica y psicosocial, que se encuentran en crisis o en pre-crisis. Los programas de atención domiciliaria intensiva, los equipos de tratamiento asertivo comunitario y el plan de atención individualizada (PSI) actuarían en este nivel, con intervenciones de frecuencia semanal y duración prolongada (meses).

Por último, las intervenciones de alta intensidad serían llevadas a cabo por los programas de hospitalización domiciliaria y tendrían como objetivo facilitar la estabilización de personas en situación de crisis, como alternativa al ingreso hospitalario. Ello implica una frecuencia de atención presencial en domicilio desde tres veces por semana a diaria, así como una atención telefónica directa siete días por semana, 24 horas al día, estimando la duración del programa entre 3 y 4 semanas.

Nuestra experiencia

En nuestro centro, el programa de hospitalización domiciliaria se ha iniciado en octubre de 2017. El equipo responsable está formado por una psiquiatra y una enfermera, además de una psicóloga a tiempo parcial. Durante el año 2018 se han atendido a 52 personas y a sus familiares.

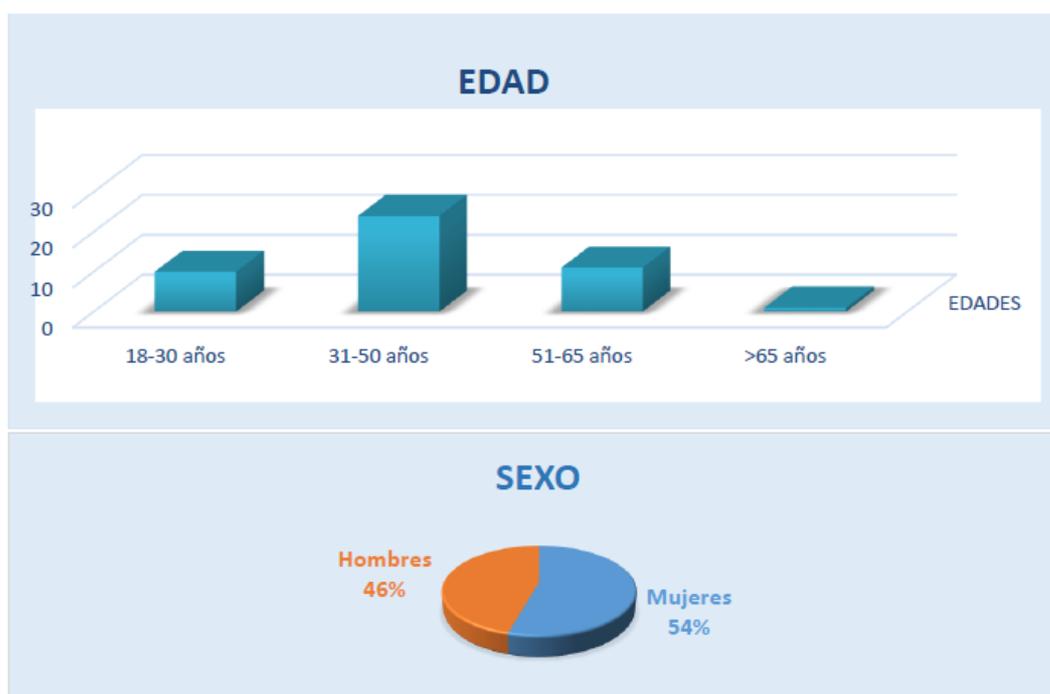
Se han integrado las intervenciones de alta intensidad en personas que atravesaban situaciones de crisis aguda, con intervenciones de intensidad media, en personas en las que la situación de crisis es más subaguda. De este modo, el equipo ha ido adaptando el nivel de

intensidad de la intervención a cada persona y su contexto familiar y social, de forma que en algunos casos se han realizado visitas domiciliarias diarias (de lunes a viernes) desde el inicio del programa hasta el alta, y en otros la atención ha sido semanal desde el inicio. Habitualmente, la frecuencia de las visitas domiciliarias ha sido mayor durante las primeras semanas del ingreso en el programa, y se han ido espaciando durante las semanas previas al alta.

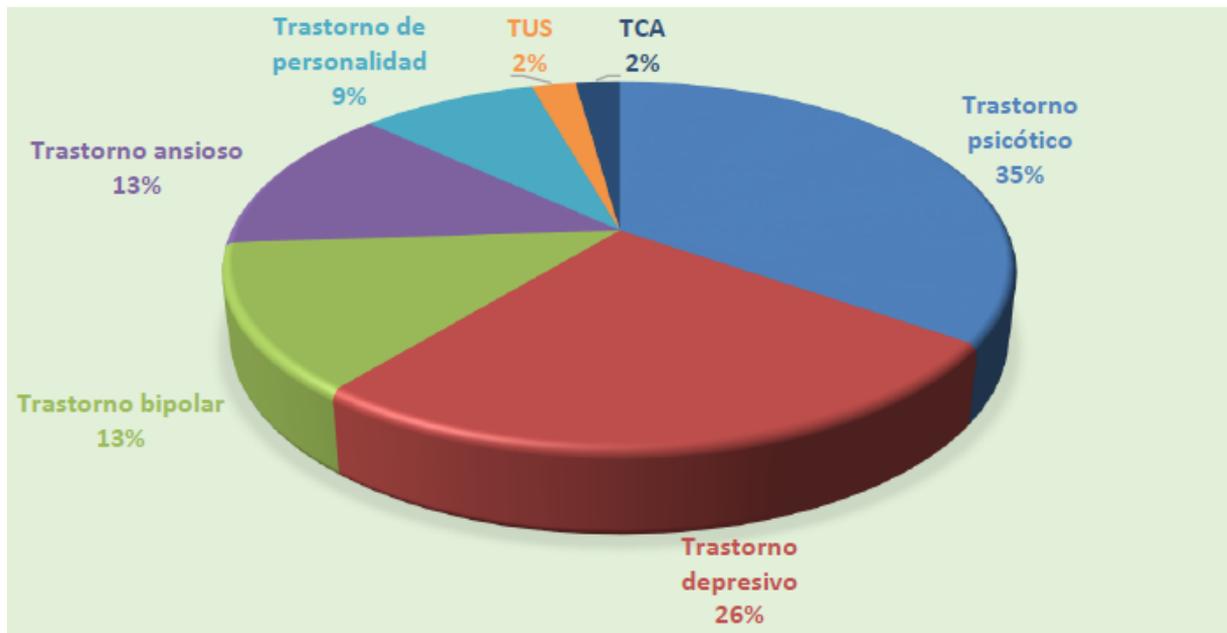
Cabe señalar que, además de las visitas domiciliarias, se ha prestado atención telefónica, lo que ha supuesto una intervención relevante. Por una parte, el disponer de un teléfono móvil directo al que usuarios y familiares pudiesen dirigirse para contactar con el equipo ha aportado flexibilidad (a la hora de cambiar horas de visita, consultar dudas o comunicarse de forma más informal, por ejemplo, a través de mensajes de WhatsApp) así como una sensación de mayor soporte percibido. Por otra parte, ha permitido contener situaciones de crisis sin necesidad de una visita domiciliaria urgente.

La media de tiempo de ingreso en nuestro programa de las personas atendidas en el año 2018 ha sido de dos meses. El perfil de personas atendidas ha sido heterogéneo en cuanto a edades y diagnósticos. No obstante, la gravedad en cuanto al nivel de sufrimiento psíquico, afectación sintomática y funcional, y repercusión familiar ha sido un factor homogeneizador.

A continuación se adjuntan las gráficas de las distribuciones por edad y sexo.

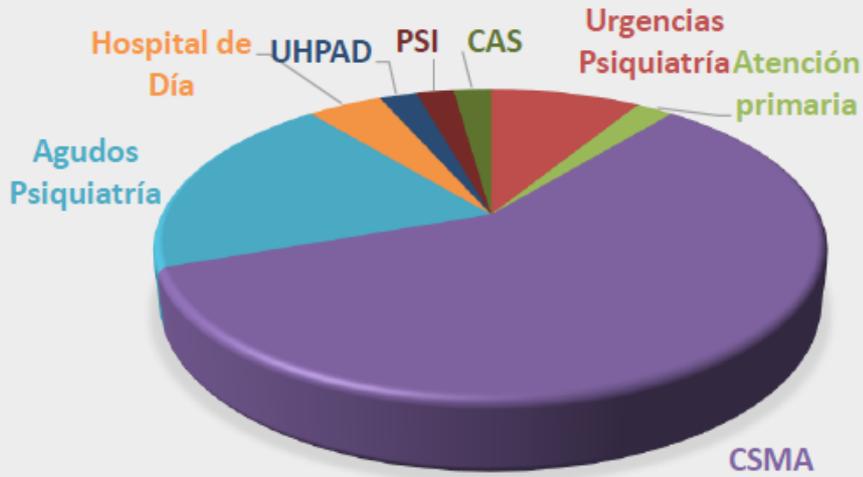


En cuanto a los diagnósticos principales, la siguiente gráfica refleja el perfil de los usuarios y usuarias atendidos en nuestro programa.



Las personas que han sido atendidas en el programa han sido derivadas desde otros dispositivos de la red de salud mental. Una de las prioridades del equipo ha sido el poder dar una respuesta ágil al equipo derivador y a la persona y su familia, intentando que el primer contacto (a veces telefónico y otras veces la primera visita domiciliaria), tenga lugar en las primeras 24-48 horas tras la derivación. A continuación se muestran dos gráficas, en las que se recogen los dispositivos derivadores, así como los dispositivos a los que los usuarios y usuarias son derivados al alta del programa.

PROCEDENCIA DERIVACIONES



DERIVACIONES AL ALTA



CSMA: centro de salud mental de adultos. **UHPAD:** unidad de hospitalización psiquiátrica y atención domiciliaria. **PSI:** programa de seguimiento individualizado. **CAS:** centro de atención y seguimiento. **SRC:** servicio de rehabilitación comunitaria.

La mayoría de derivaciones proceden del centro de salud mental de adultos y de urgencias, con lo que en muchas ocasiones se ha podido evitar el ingreso hospitalario. Otro porcentaje significativo es de personas derivadas desde un ingreso psiquiátrico hospitalario, donde la derivación a nuestro equipo ha facilitado el alta precoz, y ha permitido completar la estabilización clínica a nivel ambulatorio.

Como puede observarse, las derivaciones al alta de nuestro programa son mayoritariamente a recursos ambulatorios, lo cual es un indicador de la capacidad de manejo y contención del programa. La vinculación al alta al Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC) ha sido significativa, contribuyendo a la continuidad del proceso terapéutico centrado en la recuperación de un porcentaje destacable de las personas atendidas.

Reflexiones

La atención domiciliaria en salud mental supone un cambio de paradigma en la atención prestada. Implica entrar en contacto directo con la realidad cotidiana de la persona, con su hogar, su familia, su entorno más próximo. Esto permite al equipo una composición más realista de la persona y de su situación.

Por otra parte, el ser recibido en el domicilio del usuario o usuaria implica una inversión del procedimiento habitual (suele ser el profesional el que recibe a la persona en su consulta). De igual forma, se hace más natural y espontánea la participación de la familia en el proceso terapéutico. Este cambio de encuadre es significativo, y modifica de forma característica la relación terapéutica. Desde la experiencia acumulada en este primer año, la impresión del equipo es que facilita y fortalece la alianza terapéutica, aportando un valor añadido a la intervención prestada.

El primer contacto con el equipo es a veces telefónico o a veces directamente en el domicilio de la persona. Previamente, el equipo derivador ha informado de las características y objetivos de la intervención a la persona y a sus familiares, y éstos han aceptado la derivación, pues se trata de un recurso voluntario. Este primer contacto con el equipo es clave para generar una relación de confianza que venza las resistencias a aceptar la entrada en el hogar de unas personas desconocidas y que permita la colaboración entre el sistema familiar y el equipo. Por todo ello, nuestra actitud es de respeto, de acercamiento cálido e interés genuino por entender la situación de la persona y su familia, y de compromiso en colaborar conjuntamente para favorecer la resolución de la crisis. Desde una posición horizontal y humilde, el equipo intenta facilitar espacios de diálogo, dónde cada persona presente en la visita pueda expresar su opinión o vivencia, y se genere una comunicación de calidad que fomente la responsabilidad compartida y la percepción de apoyo mutuo.

Uno de los requisitos del programa es que exista un entorno familiar contenedor que permita la resolución de la crisis en el domicilio sin necesidad de realizar un ingreso hospitalario. No obstante, esta condición no siempre se cumple, y son muchos los factores que influyen: relaciones familiares conflictivas, sentimientos de incompreensión mutua, minimización del sufrimiento del otro, claudicación o desesperanza. En otras ocasiones, aunque la predisposición familiar es positiva, otros aspectos dificultan la inclusión de la familia en las visitas: obligaciones laborales, cuidado de hijos u otros familiares, no convivencia en el mismo domicilio, etc.

Es por ello que desde el equipo intentamos ser flexibles, adaptándonos a las condiciones de cada persona. No obstante, fomentamos que la familia pueda incluirse en el tratamiento desde el inicio, proponiendo que los familiares estén presentes en las visitas domiciliarias siempre que les sea posible. Esto implica un mayor esfuerzo por parte del equipo, de la persona y de su familia en cuanto a tiempo, pero también en cuanto al grado de implicación personal y emocional. Permite generar espacios nuevos de comunicación y reflexión, que posibilitan en ocasiones la reformulación de relaciones deterioradas o conflictivas, que han sido fuente de sufrimiento y distanciamiento progresivo. Cuando se produce una mejoría en las relaciones familiares, la evolución de la persona atendida es más favorable.

Por otra parte, durante las visitas conjuntas con la familia, la persona puede hablar sobre lo que le ocurre, incluyendo la manifestación de síntomas que generan angustia a todos los miembros de la familia, tales como alucinaciones, ideas extrañas, delirios, sentimientos de desesperanza o pensamientos de muerte. Ello permite poder hablar abiertamente sobre temas que en ocasiones son tabúes, expresar temores, aclarar dudas o desmentir falsas creencias, dando un sentido a las vivencias y favoreciendo un mejor conocimiento y comprensión de la experiencia del otro, lo cual tiene un importante efecto anti-estigma.

Especial mención ha de hacerse sobre las intervenciones en personas jóvenes que presentan un malestar psíquico intenso, en ocasiones ligado a síntomas psicóticos más o menos persistentes, acompañado de un declive funcional. En muchos de estos casos, existen resistencias a acudir a los dispositivos habituales de la red de salud mental. La intervención domiciliaria es una estrategia útil, pues permite un acercamiento flexible y menos jerarquizado, que facilita el poder iniciar una intervención de manera ágil antes de que la sintomatología se agrave o cronifique. Durante el funcionamiento de nuestro programa, hemos priorizado la atención a este grupo de población, haciendo especial énfasis en trabajar la recuperación funcional, aspectos relacionados con hábitos de salud y prevención, e incluyendo intervenciones familiares.

La hospitalización y atención domiciliaria en salud mental también supone un cambio de paradigma para las personas profesionales que trabajamos en este ámbito. Entrar en contacto directo con la persona en su entorno implica una inmersión en su vida y su problemática. Ello en general supone un mayor grado de implicación, pero también el riesgo de perder perspectiva. Se hace indispensable el trabajo en co-terapia, que aporta seguridad y apoyo durante las visitas domiciliarias, y permite la elaboración de lo vivido en los espacios informales de desplazamiento

entre visitas, además de en las reuniones de equipo. En la medida de lo posible, en nuestra práctica, en las visitas domiciliarias procuramos estar presentes siempre al menos dos de las profesionales.

La presencia de dos o más profesionales en la visita contribuye a una mayor riqueza en la mirada sobre la situación de la persona. Formando equipo con la persona y su familia, las profesionales participamos en el diálogo que se establece desde nuestra propia subjetividad. Se trata, pues, de generar espacios dialógicos en los que pensar conjuntamente. Cada aportación es válida y es tenida en cuenta. El trabajo en equipo en este contexto permite integrar estilos y métodos terapéuticos diferentes. El conocimiento que aportan las profesionales se suma al que aporta la persona atendida y sus familiares, y permite una intervención centrada en las necesidades de la persona en el momento concreto.

Otro punto interesante de este tipo de programas es la facilidad para la adhesión al tratamiento. Al tratarse de una atención intensiva, pero a la vez flexible (facilidad para cambios de horarios de visitas, desplazamiento del equipo al domicilio, contactos telefónicos, etc.) ello posibilita que la persona pueda mantener un nivel de funcionalidad mayor en comparación con otro tipo de intervenciones (hospitalización, hospital de día, etc.) En algunos casos, éste hecho ha sido de una relevancia difícilmente medible, como en el caso de madres que han podido mantener el contacto y cuidado de sus hijos pequeños. En otros casos, ha facilitado la reincorporación precoz a la actividad académica o laboral tras un período de baja, manteniéndose la atención domiciliaria por un tiempo hasta asegurar estabilidad y recuperación funcional.

Por otra parte, el cambio que supone el tipo de acercamiento en las intervenciones domiciliarias, hace más fluida y natural la toma de decisiones compartida y la co-responsabilización en el proceso de recuperación de la persona.

Algunos de los contrapuntos negativos de este tipo de atención con respecto a los ingresos hospitalarios son la mayor dificultad en el manejo de las patologías orgánicas complejas concomitantes o en la realización de pruebas y exploraciones complementarias, al no encontrarnos en el entorno hospitalario.

Por otra parte, y como es evidente, en personas que se encuentran en situaciones de crisis aguda la capacidad de contención es menor que un ingreso hospitalario, donde la presencia de personal sanitario es constante. Esto implica en ocasiones una sobrecarga de las personas que

conviven o cuidan del paciente, y tolerar un mayor nivel de incertidumbre por parte de todas las personas implicadas (usuario, familia y equipo). No obstante, pasados los primeros días de ingreso domiciliario y una vez establecido el vínculo terapéutico con el equipo, los niveles de angustia disminuyen.

En nuestra experiencia, en cinco ocasiones ha sido necesario realizar un ingreso hospitalario desde nuestro programa, lo cual representa un 9,6% de las personas atendidas. En tres de los casos, se ha tratado de ingresos voluntarios pactados con la persona y su familia, por motivos y circunstancias diferentes (en un caso para facilitar la desintoxicación y abstinencia a cannabis y alcohol, en los otros por empeoramiento de la sintomatología y aparición de angustia intensa en relación a ideas auto y heterolesivas). En otro caso se realizó un ingreso involuntario de una persona que estaba siendo tratada por el equipo coincidiendo con la ausencia de las profesionales referentes, ante una situación que se consideró de riesgo vital para esa persona. En el último caso, el ingreso hospitalario se realizó durante el fin de semana. En estos dos casos, dos factores fueron condicionantes para que no se pudiese mantener el tratamiento domiciliario: la dificultad para contar con la colaboración de las familias en el tratamiento y la ausencia de las profesionales referentes (por días de permiso o fin de semana).

Como exponíamos arriba, la inclusión de la familia en el tratamiento favorece el poder transitar la crisis en casa, pues permite generar una red de soporte que facilita la recuperación y contiene las situaciones de crisis cuando el equipo no está presente. Por otra parte, en nuestro programa contamos con la limitación de no poder dar asistencia específica durante fines de semana (en caso de necesidad, la atención es prestada por los servicios de Urgencias de Psiquiatría de los hospitales de referencia). Se trata de una limitación impuesta por los recursos humanos disponibles.

Por último, otro de los retos de la atención domiciliaria es el manejo del vínculo terapéutico y la transición al seguimiento en otros dispositivos de la red asistencial. Al tratarse de una intervención intensiva, en domicilio y en situación de crisis, es frecuente que se genere una relación estrecha entre el equipo, la persona atendida y su familia. Se hace fundamental trabajar de manera cuidadosa el alta del dispositivo, dejando espacio para expresar dudas, temores y sentimientos ante la retirada del equipo y la vuelta al seguimiento por el equipo referente del centro de salud mental. En algunas ocasiones, se han realizado visitas conjuntas con la persona atendida, su familia y el equipo referente para facilitar esta transición, con experiencias diversas y enriquecedoras.

Paralelamente, y como otro recurso más para intentar favorecer la continuidad asistencial del proceso terapéutico, durante el año 2019 se ha iniciado un grupo terapéutico post-alta del ingreso domiciliario, que complementa la atención recibida en otros dispositivos de la red de salud mental. Se trata de un grupo abierto, de frecuencia semanal y duración de una hora, conducido por dos de las profesionales del equipo. Las personas que están próximas al alta del programa o ya han sido dadas de alta del mismo son invitadas a incluirse en el grupo, proponiéndose una duración de la intervención grupal de entre 4 y 12 meses. Si bien el recorrido del grupo es aún corto, la valoración inicial es positiva. Permite mantener un espacio regular de contacto con el equipo una vez finalizado el periodo de hospitalización domiciliaria, lo cual evita una ruptura abrupta de la relación terapéutica generada. Por otra parte, permite a la persona beneficiarse de una experiencia terapéutica grupal y vencer las resistencias a este tipo de abordaje terapéutico.

Nos resulta de especial interés poder valorar la satisfacción de las personas atendidas durante un ingreso domiciliario y sus familias, sus propuestas de mejora y los factores más significativos a tener en cuenta en la atención que prestamos, de manera que podamos seguir pensando y trabajando para optimizar y consolidar este tipo de intervención. Desde el equipo, pedimos a la persona y a su familia que respondan un cuestionario de satisfacción al alta del programa. Asimismo, planteamos en la última visita un diálogo con la persona y su familia dónde puedan expresar la valoración que hacen del ingreso domiciliario, las ventajas y desventajas respecto a otro tipo de intervenciones, y los puntos a mejorar. Si bien aún no hemos hecho un análisis pormenorizado de los datos recogidos, la impresión general es que la valoración del programa es positiva, destacando como puntos fuertes la flexibilidad que supone poder ser atendido en domicilio, la inclusión de la familia en el tratamiento y la mayor facilidad para una toma de decisiones compartidas.

Proyectos y líneas de futuro

La experiencia que comporta esta nueva modalidad de atención resulta estimulante y prometedora, da continuidad a líneas de intervención que consideran a la persona de forma holística e integrada, y supone un paso más en el cambio de paradigma en la atención a las personas con problemas de salud mental. El pasado 9 de noviembre de 2018 se ha organizado la I Jornada de Hospitalización y Atención Domiciliaria en Salud Mental, celebrada en Mollet del Vallès, que

permitió una puesta en común de las experiencias de los diferentes equipos de atención domiciliaria de Cataluña.

El trabajo realizado y los logros alcanzados animan a seguir creando espacios de reflexión y diálogo, en los que integrar a profesionales, usuarios y familiares, así como representantes institucionales, y de esta forma seguir avanzando en mejorar el acompañamiento y atención en los procesos de recuperación de las personas que atendemos y de sus familiares. En esta línea, se ha creado un grupo de trabajo en atención domiciliaria, que actualmente trabaja organizado en diferentes subcomisiones.

Se hace necesario poder pensar y revisar el trabajo realizado, de manera que los equipos podamos sacar partido de las potencialidades de la atención domiciliaria, manteniendo los valores que la sustentan: el respeto a la autonomía de la persona, la responsabilidad compartida y el foco en el proceso de recuperación.

Como comentábamos previamente, el cambio de encuadre que supone la atención domiciliaria intensiva afecta no sólo al usuario y a su familia, sino también al equipo. Por ello, debemos hacer énfasis en crear y mantener espacios de reflexión y de cuidado de los y las profesionales, que nos permitan elaborar nuestra vivencia y repensar el trabajo realizado, con el fin de poder minimizar el riesgo de iatrogenia y potenciar los beneficios en el trabajo conjunto con las personas atendidas y su familia.

Bibliografía

1. Johnson, S. (2013). Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. *Advances in psychiatric treatment*, 19, 115-123.
2. Megías, F., Aguilar, E., & Silvestre, F. (2004). Hospitalización domiciliaria. Salud mental. Valencia: Escuela valenciana de estudios de la salud.
3. Silveira, J., & Bouza, R. (2012). Hospitalización psiquiátrica a domicilio (HADOP). *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría y neurociencias*, 18-30.
4. Leal, I., Martín, L., Córcoles, D., Coletas, J., Bellsolà, M., & Bullbena, A. (2008). La atención psiquiátrica domiciliaria, una herramienta para lograr la vinculación de pacientes con TMS a la red asistencial. 9º Congreso virtual de psiquiatría. *Interpsiquis 2008*, (p. 1-7).
5. Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions. (2019). MODEL ASSISTENCIAL D '

ALTERNATIVES A L ' HOSPITALITZACIÓ CONVENCIONAL A CATALUNYA. Pla
director de Salut Mental i Addiccions

**RELACIÓN ENTRE EMPLEO Y BIENESTAR SUBJETIVO
EN UNA MUESTRA DE PERSONAS CON Y SIN DIAGNÓSTICO
DE TRASTORNO MENTAL GRAVE: ESTUDIO PILOTO**

Antonio Perdigón¹, David Fraguas², Octavio Finol³, Vanesa López⁴

¹Director y psicólogo de los recursos de atención social CD y EASC Leganés de Fundación Manantial.

²Dr. Psiquiatra del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Coordinador de los proyectos de investigación de Fundación Manantial.

³Psicólogo EASC Fuenlabrada de Fundación Manantial.

⁴Administrativa Dpto. Gestión de Fundación Manantial.

Correspondencia: vlopez@fundacionmanantial.org

RESUMEN

Las personas con diagnóstico de trastorno mental grave (TMG) tienen una tasa media de empleo inferior a la media de la población nacional ajustada por edad y sexo.

El empleo se relaciona con el bienestar psicológico en un sentido bidireccional es decir, el empleo influye en el bienestar psicológico, y el bienestar psicológico influye en el acceso y mantenimiento del empleo.

Este estudio piloto pretende evaluar la relación entre empleo (evaluado mediante cuestionario personal) y bienestar psicológico subjetivo (evaluado con la escala de bienestar psicológico subjetivo (EBP-S) de Sánchez Cánovas, validada en población española, que puntúa de 1 a 5 el bienestar psicológico, siendo 5 el mejor estado posible de bienestar) en una muestra de usuarios y trabajadores de la Fundación Manantial (fundación sin ánimo de lucro orientada a la

recuperación de las personas con problemas de salud mental) y Manantial Integra (Centro Especial de Empleo para personas con diagnóstico de trastorno mental).

El proceso de intervención para el acceso al empleo de las personas con diagnóstico de trastorno mental grave consiste en:

1. Lanzamiento de Oferta de Empleo en la que se adjunta la descripción del puesto ofertado y la descripción de la Oferta de Empleo.
2. Recepción de candidaturas.
3. Valoración de CV por parte del técnico de empleo (T.E.).
4. Entrevista personal, en ella se valora las capacidades personales y laborales del candidato/a, explorando diferentes ámbitos como su trayectoria formativa, su trayectoria laboral y su nivel de competencias técnicas y laborales. Además, en este espacio se ofrece una breve descripción del Centro Especial de Empleo Manantial Integra, de las diferentes fases del proceso de selección y se resuelven dudas y aclaraciones que pudieran surgir.
5. Realización de pruebas de competencias técnicas o prácticas no laborales (P.N.L.) Ambas, son diseñadas, ejecutadas y evaluadas por el encargado/a de producción con el apoyo del T.E.:
 - a. Prueba de competencias técnicas: se realiza en una única sesión donde se valoran las competencias técnicas del candidato/a.
 - b. Prácticas no Laborales: la duración queda determinada en función del candidato/a (experiencia previa, tiempo que hace que está desempleado/a, conocimientos previos...) Durante las mismas el candidato/a adquirirá y entrenará competencias técnicas relativas al puesto de trabajo.
6. Toma de decisiones teniendo en cuenta la valoración del jefe/a de producción y del T.E.
7. Contratación o generación de bolsa de empleo.

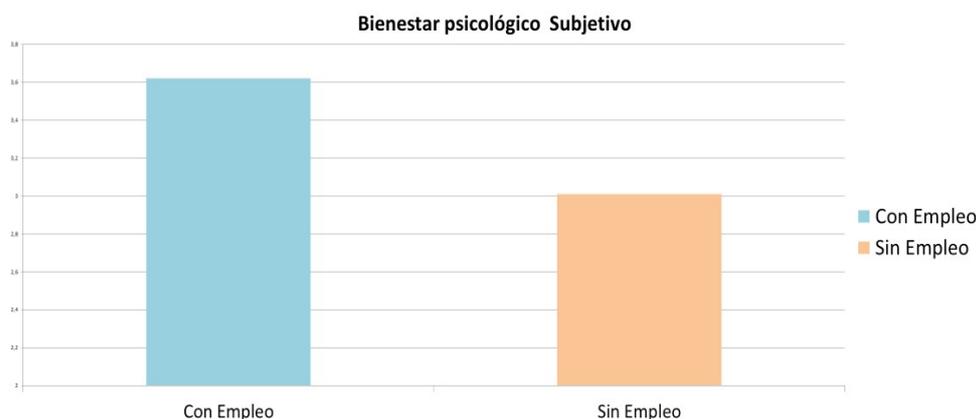
La muestra estuvo compuesta por 137 personas (60 mujeres de ellas mujeres) con una edad media de 41.6 años (intervalo de confianza (IC) al 95%=40.3-42.9 años). De los 137 participantes, 94 (68.1%) dijeron tener empleo remunerado y 63 (45.7%) certificado de discapacidad.

Tener empleo no se relacionó significativamente con tener o no tener certificado de discapacidad ($p > 0.05$).

El bienestar psicológico fue significativamente superior en personas con empleo (puntuación media EBP-S=3.62, IC 95%=3.44-3.79) que en personas sin empleo (puntuación media EBP-S=3.01, IC 95%=2.75-3.27) ($p < 0.001$, d de Cohen=0.713, equivalente a tamaño del efecto moderado-grande). Esta relación significativa se mantuvo después de controlar por edad, sexo, certificado de discapacidad y diagnóstico de TMG. (Tabla 1).

En el grupo de personas con empleo, la variable que se asoció con mayor fuerza al bienestar psicológico fue el salario medio, a mayor salario medio, mayor bienestar psicológico subjetivo ($p = 0.011$), incluso tras controlar por edad, sexo, discapacidad, diagnóstico de TMG y tipo de contrato (temporal/fijo). Las personas con salarios medios superiores a 800 Euros tuvieron puntuaciones de bienestar psicológico significativamente superiores a las personas con salarios inferiores a 800 Euros mensuales ($p < 0.001$).

Este estudio piloto muestra que tener empleo y tener un mayor salario se asocian con mayor bienestar psicológico, independientemente de tener certificado de discapacidad o tener diagnóstico de TMG.



Diferencia significativa ($p < 0,001$); con tamaño del efecto - d de Cohen 0,713 (moderado-grande)
Esta relación significativa se mantuvo después de controlar por edad, sexo, certificado de discapacidad y diagnóstico de TMG

CAPACITAR EN LA INCAPACITACIÓN

Helena Aparicio Alonso, Silvia Lourdes Domingos Videira

Terapeutas Ocupacionales en el Hospital Santa Isabel de León

Correspondencia: haparicioa@saludcastillayleon.es

Solemos preguntarnos: ¿de dónde viene la inspiración? ¿Dónde se encuentra la alegría de vivir? ¿Realmente merece la pena este esfuerzo?... Un guerrero de la luz comprende que el despertar es un proceso largo, y que es necesario equilibrar contemplación y trabajo para llegar a donde se desea... Los resultados se revelarán mientras vayamos caminando, si no desistimos ahora.

Paulo Coelho

RESUMEN

Desde la Terapia Ocupacional entendemos la incapacitación como una nueva realidad para la persona que sufre una enfermedad mental. Implica un replanteamiento de su experiencia vital en el uso del tiempo, en las experiencias físicas, en la dedicación intelectual y en el significado social de la persona, y todo ello repercute en la calidad de vida. La primera ocupación afectada es el trabajo, áreas productivas, reconocimiento social y la propia percepción como sujeto activo, es decir, la identidad ocupacional. Su vida ya no se organiza a través del trabajo sino del tiempo libre. Tiempo que se convierte en excesivo sin ser ocio. El trabajo, medio de subsistencia; ocio, tiempo de esparcimiento y los autocuidados, como medio de supervivencia; las tres grandes áreas que ofrecen una propicia organización del tiempo. Siendo necesario el equilibrio entre todas ellas para una vida plena y satisfactoria. La incapacitación produce un sentimiento de “desenganche social”, generando vivencias de inutilidad de la propia persona, así como, de su entorno social y comunitario. La persona expresa sentimientos no sólo de inutilidad, sino también, de desilusión, desmotivación, pasividad, soledad, tristeza y estigma social.

La ocupación es la vida propiamente dicha. Ser un ser humano implica ser ocupacional. A través de la ocupación se capacita para que la persona tome las riendas de su vida, que decida qué quiere hacer, cómo lo quiere hacer, cuándo, dónde, con quién, así como, el significado que supone para la propia persona. La taxativa elección de cómo quiere dirigir su vida. Sentir el impulso que hace moverte, saber que puedes realizar otras actividades del día a día significativas, hace que la persona tenga un rol activo, y generar así sentimientos contrarios a los anteriores: autoconfianza, ilusión, decisión, sentirse competente. La ocupación reformula la identidad ocupacional, se capacita la incapacidad.

Ofrecer desde los hospitales psiquiátricos las mismas actividades y oportunidades para todos es un error, no todo vale, “no para todos café”. Puede haber café con leche, cortado, irlandés, e incluso el que prefiere té. En definitiva, aplicar la justicia ocupacional. La Justicia Ocupacional propone como concepto que los individuos son diferentes, por lo tanto, tienen diferentes necesidades. En este sentido, la justicia ocupacional desecha la idea de igualdad esencial, la cual propone que, por naturaleza debemos ser iguales en todo ámbito. Complementario al concepto de justicia ocupacional, se infiere el concepto de Apartheid Ocupacional. Que no es otra cosa, que la restricción o negación del acceso a una participación digna y significativa en las ocupaciones de la vida diaria, poniendo en peligro la salud y el bienestar de los individuos. Apartheid Ocupacional exige llamadas a la acción a los profesionales de la salud mental en el marco de trabajo actual de las instituciones psiquiátricas.

En cuanto a la intervención individual y de calidad, a ofrecer retos significativos para el usuario, y a ejercer la justicia ocupacional, se presenta un estudio en el que se examina la utilización del “rol de experto” en una intervención de Terapia Ocupacional a través de la presentación de un caso clínico en la unidad de rehabilitación de un hospital psiquiátrico. Es una investigación cuantitativa cuasi-experimental con un solo sujeto. En ella se observa que es fundamental guiar al usuario en la búsqueda y exploración de roles, tanto para su recuperación como para la creación de unos nuevos. Por ello, el Terapeuta Ocupacional, debe adquirir nuevas herramientas con las que mejorar su intervención en los entornos hospitalarios y poder ofrecer así, un abanico de posibilidades a los usuarios que se adapten a cada perfil.

En el estudio se utiliza la escala ACIS, la entrevista Histórica del funcionamiento ocupacional, el listado de roles, Escala de Auto-concepto de Tennessee y la Escala de Auto-eficacia General.

DESARROLLO

Desde la Terapia Ocupacional entendemos la incapacitación como una nueva realidad para la persona que sufre una enfermedad mental. Esta incapacitación es el resultado de dejar de desempeñar un rol significativo para la persona dentro de la Comunidad, lo que implica un replanteamiento de su experiencia vital en el uso del tiempo, en las experiencias físicas, en la dedicación intelectual y en el significado social de la persona, repercutiendo de forma negativa en la calidad de vida.

La primera ocupación afectada en la incapacitación es el trabajo, lo que implica una alteración en las áreas productivas, en el reconocimiento social, relaciones personales-profesionales, estatus social y en la autopercepción como sujeto activo, es decir, la identidad ocupacional¹ de la persona se ve transformada. La identidad ocupacional hace referencia al sentido complejo de lo que cada persona es y lo que desea ser como ser ocupacional generado por la propia historia personal, sus experiencias vitales, oportunidades o privaciones de éstas. Cuando las personas no pueden utilizar sus capacidades ni habilidades, ni desarrollar sus potenciales, cuando se ven impedidas de poder actuar en su vida de la forma que quieren, aparecen estados de disfunción, insatisfacción y malestar afectando directamente en su salud, en su calidad de vida. Todos tenemos una identidad ocupacional que nos da un lugar en la Sociedad. Si esta identidad se ve alterada y transformada en sentido negativo, es decir, no poder desempeñar el rol de trabajador, voluntario, estudiante o ser productivo en la Comunidad, entonces estamos en una situación de incapacitación.

Su vida ha cambiado. Ya no se organiza a través del trabajo sino del tiempo libre. Tiempo que se convierte en excesivo sin ser ocio. El ocio², además de producirse en el tiempo libre, supone una experiencia psicológica positiva ocasionada por la participación en actividades elegidas libremente por la propia persona, mientras que el tiempo libre es el tiempo no ocupado por el trabajo ni por otra obligación de carácter personal, familiar o social. Todos necesitamos combinar nuestro trabajo y obligaciones con tiempo para nosotros, nuestro tiempo libre, pero... ¿Qué ocurre si ese tiempo es percibido por la persona como eterno? ¿Si ese tiempo no se combina con ninguna ocupación significativa para la persona? ¿Qué sentimientos y sensaciones genera? El tiempo libre en exceso conduce al aburrimiento, la ansiedad, la depresión, la alienación y disfunción ocupacional siendo causa y consecuencia de la incapacitación.

El trabajo como medio de subsistencia, el ocio como tiempo de esparcimiento y los autocuidados como medio de supervivencia, son las tres grandes áreas que ofrecen una propicia organización del tiempo. Para ello es necesario un equilibrio entre todas ellas para una vida plena y satisfactoria. Lo podemos considerar como un equilibrio vital puesto que es un patrón de rutinas diarias significativas para la propia persona, produciendo una vida saludable dentro del contexto socio-comunitario, aportando calidad de vida.

La incapacitación produce un sentimiento de “desenganche social”, generando vivencias de inutilidad en la propia persona, ésta ya no tiene un lugar de reconocimiento social, un rol activo³ en la comunidad, sino que se convierte en un ser pasivo dentro de la sociedad. La persona expresa sentimientos no sólo de inutilidad, sino también, de desilusión, desmotivación, pasividad, soledad, tristeza y estigma social.

La ocupación⁴ es la vida propiamente dicha. Ser un ser humano implica ser ocupacional. A través de la ocupación se capacita para que la persona tome las riendas de su vida, que decida qué quiere hacer, cómo lo quiere hacer, cuándo, dónde, con quién, así como el significado que supone para la propia persona. La taxativa elección de cómo quiere dirigir su vida. Sentir el impulso que hace moverse, saber que puede realizar otras actividades del día a día significativas hace que la persona tenga un rol activo, y pueda generar sentimientos contrarios a los anteriormente mencionados, como son la autoconfianza, la ilusión, decisión y en definitiva sentirse competente. No sólo es importante la decisión en cuanto a la forma y la función de la ocupación, elementos visibles de cada actividad que realizamos (cuándo, dónde, cómo, con quién y para qué hacemos lo que hacemos); sino que también cobra especial relevancia la dimensión no visible de la ocupación¹, es decir, el significado de cada actividad, esa huella que nos deja dentro la ocupación cuando la desempeñamos, esa huella que construye la experiencia personal afectando a la actitud, a la motivación y a la satisfacción. Por todo ello, la ocupación reformula la identidad ocupacional.

En muchas personas donde la enfermedad y/o un entorno social estigmatizante ha dejado una huella profunda y negativa, en la que la identidad ocupacional se encuentra dañada, se hace necesario recurrir a la resiliencia. La resiliencia definida como la capacidad que desarrolla cada persona para resistir situaciones que producen sufrimiento. Es el impulso de reparación, que necesita una red de relaciones sociales de apoyo, un sentido en la vida apoyado en la autoestima, en las competencias y en las aptitudes, para que la persona pueda superar sus dificultades en la Comunidad y desarrollarse socialmente viviendo otras experiencias significativas.

Fomentar esas nuevas experiencias que dejan una huella positiva y significativa, crear oportunidades, potenciar las habilidades y capacidades del individuo, saber que la persona es capaz, sacar el máximo potencial a las virtudes, apoyar en las limitaciones, crear redes de apoyo si fuese necesario, que la persona no sólo sea receptor de apoyos externos sino que sea la fuente de apoyo de otros que pasan por situaciones similares o diferentes, que vuelva a ser útil en la sociedad, que se vea a la persona como lo que es, persona y no enfermo, eso es para la Terapia Ocupacional, capacitar en la incapacidad.

Ofrecer desde los hospitales psiquiátricos las mismas actividades y oportunidades para todos es un error, no todo vale, “no para todos café”. Puede haber café con leche, cortado, irlandés, e

incluso el que prefiere té. En definitiva, es aplicar la justicia ocupacional. El compromiso de la Terapia Ocupacional para impulsar y fomentar el derecho de todas las personas, independientemente del estado físico-emocional en el que se encuentren, a desarrollar la capacidad de decisión personal y actuar en base a cómo quieren que sea su destino mediante la ocupación, ha contribuido a elaborar conceptos como la Justicia Ocupacional y el Apartheid Ocupacional.

La Justicia Ocupacional⁵ se refiere a la posibilidad de participar en las ocupaciones propias de cada lugar y cada Sociedad o grupo social. Propone como concepto que los individuos son diferentes, por lo tanto, tienen diferentes necesidades. En este sentido, la justicia ocupacional desecha la idea de igualdad esencial, la cual propone que, por naturaleza debemos ser iguales en todo ámbito. Apoyemos las diferencias que hacen únicas a las personas, potenciando las habilidades conservadas o que se pueden desarrollar en cada uno, pues estas serán las que capaciten en la Comunidad en la que desea vivir la persona, siendo útil desde una perspectiva diferente a la habitual pero complementaria, es decir, cambiando un rol conocido tradicionalmente como productivo en otro rol útil en la Sociedad en lo que se refiere a una participación digna y significativa en la vida cotidiana. Cada persona tendrá que decidir qué rol desempeñar, así como definir sus responsabilidades, deberes y derechos que le otorga dicho rol.

Apartheid Ocupacional⁵ exige a los profesionales de la salud mental en el marco de trabajo actual de las instituciones psiquiátricas salir de las instituciones. No queremos con este trabajo dar a entender que apoyamos una solución institucional, ya que, en el día a día de nuestra clínica, comprobamos que no es la fórmula ni el medio que dé solución a los usuarios, los cuales piden métodos diferentes, que viven como encierro su estancia, que ven desde lejos su ciudad desde los jardines y las ventanas de la mole de ladrillos del hospital, sino que utilizamos el entorno que nos es dado en favor del usuario, cambiándolo de opresor a funcional. Implica cambiar radicalmente nuestra forma de mirar al contexto hospitalario y a los usuarios. Las expectativas que los profesionales tienen sobre el pronóstico y capacidades de sus usuarios se transmiten inevitablemente a éstos últimos. Influyendo en el resultado final. Por lo que habrá que empezar a pensar en sus habilidades, aptitudes, talentos, ingenios, y no tanto en diagnósticos y medicación que no nos hablan ni nos cuentan nada sobre la persona que tenemos delante.

Y esto no es más que una llamada a la acción de los profesionales, a asumir riesgos, y tomar nuevos métodos de trabajo, en los que sea el usuario el experto, el que nos guíe la intervención, que haga él las propuestas y seamos nosotros los que le sigamos o acompañemos.

En cuanto a la intervención individual y de calidad, a ofrecer retos significativos para el usuario, y a ejercer la justicia ocupacional, se presenta un estudio en el que se examina la utilización del “rol de experto” en una intervención de Terapia Ocupacional a través de la presentación de un

caso clínico en la unidad de rehabilitación de un hospital psiquiátrico. Es una investigación cuantitativa cuasi-experimental con un solo sujeto. En ella se observa que es fundamental guiar al usuario en la búsqueda y exploración de roles, tanto para su recuperación como para la creación de unos nuevos. Por ello, el Terapeuta Ocupacional, debe adquirir nuevas herramientas con las que mejorar su intervención en los entornos hospitalarios y poder ofrecer así, un abanico de posibilidades a los usuarios que se adapten a cada perfil.

En el estudio se utiliza la escala ACIS, la entrevista Histórica del funcionamiento ocupacional, el listado de roles, Escala de Auto-concepto de Tennessee y la Escala de Auto-eficacia General.

PRESENTACIÓN DEL CASO^{3y4}:

Resumen de la Historia Ocupacional:

Varón de 57 años. Diagnóstico de T. Bipolar de larga evolución.

Usuario de hospital de día de la unidad de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico de León desde el 2014, con un ingreso en la unidad de agudos y posterior derivación a Rehabilitación por brote maniaco de tres meses de duración.

Vive solo, está divorciado y tiene un hijo de 23 años. La relación con su hijo se mantiene y es de apoyo. Tiene dos hermanos, un hermano en Mallorca con el que tiene relación telefónica, su hermana se suicidó en el 2013.

Su círculo de amistades se ha ido reduciendo y ahora sólo mantiene contacto con una amiga que va a verle periódicamente.

Estudió los cursos obligatorios e hizo un FP de soldadura. Trabajó 14 años en la hostelería en varios sitios como La Palma, Benidorm...En León ha trabajado como pintor y de mantenimiento.

Actualmente jubilado.

Ha estado en contacto con los recursos de salud mental durante años: ALFAEM, Hospital de Días, CRPS y el hospital psiquiátrico en varios ingresos.

No tiene actividades sociales ni de ocio positivas, predomina el empobrecimiento generalizado y la falta de iniciativa. Sale de casa sólo si es imprescindible, hay temporadas en las que se aísla y no sale durante días. Estando en casa cuenta que tiene un gran descontrol con los horarios de comidas y de sueño. Suele ver la televisión, escuchar música o estar sentado sin hacer nada. Aun así, hay algunas temporadas en que se encuentra mejor que sale más de casa y anda en bicicleta.

No tiene actividades sociales ni de ocio. Dice que una vez a la semana procura salir con una

amiga que tiene.

Predomina el empobrecimiento generalizado y falta de iniciativa.

Entre sus actividades preferidas tiene el deporte, la fotografía, la montaña, el ciclismo y las motos.

Es autónomo en AVDs básicas e instrumentales, pero necesita apoyo para no abandonarlas en las etapas depresivas.

Enseguida se adapta a los horarios, a la estructura ocupacional y a las responsabilidades que se le presentan. En cuanto a los horarios no tiene dificultad para mantener una estructura ocupacional y asumir responsabilidades. Es comprometido y organiza sus tiempos sin dificultad para asistir a las actividades y disfrutar de su tiempo libre.

Se observan adecuadas destrezas de ejecución para participar y desempeñar las ocupaciones, tiene buenas capacidades cognitivas, planifica, organiza actividades y resuelve problemas que puedan surgir. Maneja el material y el cuidado de las herramientas, es muy responsable.

Durante el desempeño en las actividades habla con sus compañeros abiertamente, inicia y mantiene conversaciones, tiene buenas habilidades sociales.

Entorno: en cuanto al entorno familiar, mantiene relación con su hijo, que es un gran apoyo.

Respecto al entorno social, su círculo de amistades se ha ido reduciendo y ahora sólo mantiene contacto con una amiga que va a verle periódicamente.

En León hay posibilidades de ocupaciones de ocio, formativas o productivas.

Diagnóstico Ocupacional: tiene grandes capacidades y habilidades, no sólo artesanales, sino culturales y también de manejo en diversas ocupaciones, aunque su identidad ocupacional en la actualidad está desvirtuada, se sigue mostrando apático ante la vida.

Ha demostrado durante su estancia ser autónomo en su vida diaria.

Desde el Servicio de Terapia Ocupacional se recomienda seguir fomentando la motivación, el entusiasmo, y la formación de la identidad ocupacional. Mantener una estructura ocupacional evitaría el aislamiento y el empobrecimiento generalizado.

Fue derivado al Departamento de Terapia Ocupacional por el psiquiatra de la unidad. Se le incluye en el programa de actividades llegando a un acuerdo con él en lo que quiere participar. Después de un tiempo el usuario demuestra que todo lo que podamos ofrecerle le provoca ya apatía, no le exige esfuerzo, no supone un reto para él. Ante este caso se decide realizar otro tipo de intervención en la que adopte un rol diferente, un rol activo en el Hospital y con los compañeros.

Como nos dice Mary O'Hagan (una usuaria nueva-zelandesa experta en recuperación) “la recuperación sólo tiene lugar cuando las personas tienen un rol activo en la mejora de sus vidas”. El proceso de recuperación comporta necesariamente pues el ganar otra vez el control sobre la propia vida y eso tiene que ver con tomar decisiones. Desarrollar una identidad que no sea definida por la enfermedad mental y de reducir su impacto en la vida diaria. Se presume también que este proceso es único y diferente por cada persona. Esto significa pasar de una mirada centrada en lo defectuoso, lo que debería estar y no está, lo que sobra...a mirar de qué recursos dispone la persona que podamos utilizar como cimientos de la recuperación. Este cambio tiene, pues, su trascendencia en la praxis diaria. A la práctica esto se traduce en que el usuario asuma diferentes roles y mayores responsabilidades en todo. Esto representa inevitablemente un cambio en los juegos de poder en las organizaciones sanitarias. Para el usuario la participación es una gran oportunidad para poner en práctica habilidades que han quedado atrofiadas debido, en parte, a la pérdida de oportunidades para practicarlas. Llegamos pues a la conclusión que la participación será terapéutica: mejorará su autoestima, sentimiento de autoeficacia y de pertenencia al grupo. En definitiva, le ayudará a reducir la exclusión social a través del desempeño de roles valiosos para él, de la construcción de una red de apoyo, de dar un sentido a su vida.

Se presenta el programa de “Rol Experto”⁶ al equipo en reunión semanal. Se plantea la idea de poder ofrecer al usuario otro tipo de papel, en el que experimente, pruebe y sienta otro rol, otras responsabilidades adyacentes y otro tipo de relación con los compañeros y los profesionales.

Se expone que pueda abandonar las demás actividades dirigidas a la rehabilitación conductual o cognitiva o creativa hospitalaria, y ofrecer un horario “laboral” vinculado a los talleres ocupacionales, a donde deberá acudir como experto en las actividades artesanales en las que él siempre ha estado vinculado y que conoce a la perfección. Tendrá un espacio en el que cambiarse para ponerse su ropa de trabajo y él organizará todos los materiales y herramientas. Siendo responsable también, de la compra de los mismos. Organizará los espacios de trabajo y a los compañeros que se dispongan a entrar en sus actividades.

El equipo recibe la propuesta con buenas pretensiones, les parece buena idea y se decide trabajar entre todos hacia esa meta. Es el usuario, junto con la terapeuta ocupacional de referencia y psiquiatra, los que diseñan la forma de desempeñar las funciones del nuevo rol en el programa de intervención. El usuario da su consentimiento para poder hacer antes y después una batería de pruebas y poder hacer un estudio de los resultados.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- EMG de larga evolución.

- Alto riesgo de aislamiento al alta.
- Haber pasado por todos los recursos de salud mental.
- No admitir la inserción comunitaria en el área productiva.
- Compromiso con la elección del rol ocupacional de experto.

METODOLOGÍA:

Investigación cuantitativa cuasi-experimental con un solo sujeto.

OBJETIVOS:

- Elegir un rol ocupacional significativo.
- Adquirir la responsabilidad del desempeño de las actividades de dicho rol.
- Obtener satisfacción con la rutina diaria.
- Identificar un estilo de vida ocupacional deseado.
- Tener metas personales y proyectos.
- Aumentar el vínculo social.
- Mejorar el concepto de eficacia en la vida diaria y autoestima.

IMPLANTACIÓN DEL ROL:

- Entrenamiento con el usuario en:
 - El manejo, organización y administración de los materiales.
 - Las habilidades sociales necesarias para enseñar a otros, la empatía, paciencia, la corporalidad, el tono de voz, los gestos, etc.
 - Técnicas de enseñanza como el modelado o la administración de instrucciones.
- Presentación e instrucciones con cada usuario nuevo que se incorpora a la actividad.

La batería de pruebas es la siguiente:

Propósito del ACIS⁷

La Evaluación de Habilidades de Comunicación e Interacción (Assessment of Communication and Interaction Skills / ACIS) es una evaluación observacional que obtiene datos acerca de la habilidad que la persona demuestra al comunicarse e interactuar con otros en una ocupación. El ACIS obtiene datos en habilidades como es exhibida durante el desempeño de una tarea y/o dentro de un grupo social del cual la persona forma parte. El terapeuta usa el ACIS para evaluar a las personas en cada una de las áreas de desempeño en habilidades de comunicación e

interacción, después de observar a la persona en contextos sociales relevantes y significativos.

Propósito del OPHI-II⁸

La OPHI-II es una evaluación organizada en tres partes, que incluye: a) una entrevista semi-estructurada que explora la historia ocupacional de un cliente, b) escalas de calificación que proporcionan una medida de la identidad y competencia ocupacionales del cliente y el impacto del ambiente (entorno, atmósfera) de comportamiento ocupacional del cliente, y c) una narración (un relato) de la historia de la vida diseñada para capturar las características cualitativas destacadas de los antecedentes profesionales.

La entrevista semiestructurada está organizada en las siguientes áreas temáticas:

- Elecciones de Actividad/ Ocupación
- Eventos Críticos en la Vida
- Rutina Diaria
- Roles Ocupacionales
- Ambientes de Comportamiento Ocupacional

La segunda parte del OPHI está formada por tres escalas de calificación, éstas son:

- Escala de Identidad Ocupacional
- Escala de Competencia Ocupacional
- Escala de Ambientes de Comportamiento Ocupacional

Propósito del Listado de Roles⁹

Es una autoevaluación. La cual aporta a comprender la congruencia entre los roles desempeñados y el valor asignado a éstos y su impacto en la satisfacción ocupacional, como así el balance de estos roles en la organización de una rutina satisfactoria, mostrando ya sea una ausencia o presencia de roles significativos, congruencia entre el deseo de participar en roles y las capacidades reales de la persona.

Propósito de Escala de Auto-concepto de Tennessee¹⁰

Es un cuestionario unidimensional; en las siguientes se diferencian tres factores internos (identidad, satisfacción, conducta) y cinco factores externos (físico, moral-ético, personal, familiar, social).

Propósito de Escala de Auto-eficacia General¹¹

La Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarzer, 1996) evalúa el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones

estresantes. La autoeficacia tiene amplia relevancia en el ámbito de la psicología clínica y de la salud, puesto que puede explicar un amplio rango de comportamientos de las personas, ya que se refiere a la percepción de la capacidad que poseen para alcanzar un objetivo.

RESULTADOS:

- ESCALA ACIS: el usuario es competente en el dominio físico (corporalidad), en la relación con los otros (como la colaboración) y en el intercambio de información, observado en una situación abierta, en el contexto del taller ocupacional y ejerciendo el rol de experto.

- OPHI-II: identidad ocupacional en la que el usuario identifica claramente el rol de voluntario en el ambiente del hospital y específicamente en los talleres ocupacionales, valorándose como competente ante las actividades y responsabilidades de dicho rol.

- LISTADO DE ROLES: únicos roles cotejados en el presente y en el futuro son de voluntario y de miembro de familia, valorados como muy valiosos e importantes.

- ESCALA DE AUTOCONCEPTO: en la que se destaca que el usuario, en la actualidad, se siente realizado, percibe que es autónomo y honrado, así como que, tiene un buen ajuste emocional ante nuevos retos.

- ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL: el usuario valora que, en la actualidad, es eficaz para resolver problemas, perseguir sus metas y superar situaciones imprevistas.

CONCLUSIONES

La elección de un rol significativo como herramienta de intervención en salud mental en un ambiente hospitalario, reafirma al usuario, el cual adquiere la responsabilidad de desempeñar determinadas actividades adyacentes a dicha ocupación, aumenta el vínculo social, mejora su concepto de eficacia en la vida diaria y su autoestima.

Que el usuario tenga la posibilidad de elegir un rol significativo le da la oportunidad de obtener un estatus social, unas satisfacciones y a la vez obligaciones.

Por ello, en este estudio se observa una mejora sustancial en la competencia social, la identidad ocupacional y en la percepción del usuario, después de elegir y desempeñar el rol de experto.

Que el ambiente y el contexto hospitalario trabajen hacia un objetivo común el rol de experto en los usuarios, aboga por la Justicia Ocupacional y el Apartheid Ocupacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Boyt Schell, B. A., Gillen, G., Scaffa, M. E. Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. Panamericana. 2016.
2. Sánchez Rodríguez, O., Polonio López, B., Pellegrini Spangenberg, M. Terapia Ocupacional en Salud Mental. Teoría y técnicas para la autonomía personal. Panamericana; 2012.
3. Moruno P. Evaluación Ocupacional. Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas. En: Romero D, Moruno P (eds.). Barcelona: Masson; 2003.
4. Kielhofner. Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación. Panamericana; 2011.
5. Rossana Barría A., Fernanda Méndez S. Justicia Social y Justicia Ocupacional en Psiquiatría Forense. Una perspectiva desde la Terapia Ocupacional. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. ISSN 0717-6767. VOL.X, N°, X, DICIEMBRE 2014.
6. Eduard Palomer, Roser Izquierdo, Eithne Leahy, Carme Masferrer, Paz Flores. El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. La experiencia del proyecto EMILIA en Barcelona. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., vol. XXX, (Enero-Marzo), n.º 105, 2010, pp. 109-123.
7. Kirsty Forsyth, MS,OTR/L. Manual del Usuario de Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS) Versión 4.0. The Model of Human Occupation Clearinghouse Department of Occupational Therapy College of Applied Health Sciences [Internet]. 1998. Disponible en: www.moho.uic.edu
8. Gary Kielhofner, Trudy Mallinson, Carrie Crawford, Meika Nowak, Matt Rigby, Alexis Henry, Deborah Walens. OPHI-II entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional. Una Publicación de Reencuentros. Providencia, Santiago de Chile. 1998.
9. Oakley, Kielhofner y Barris. Listado de Roles. Servicio de Terapia Ocupacional, Departamento de Medicina de Rehabilitación, Centro Clínico, Instituto Nacional de Salud. Traducido por Elsa Mundo OTR/L 1985.
10. Eider Goñi Palacios. El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco. Junio de 2009.
11. Pilar Sanjuán Suárez, Ana M^a Pérez García y José Bermúdez Moreno. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. Psicothema, 2000. Vol. 12, Supl. n° 2, pp. 509-513.
12. Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente / [ed.] Claudia Rojas ; Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana. – Bogotá : Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Departamento de la Ocupación Humana, 2011. 162 p. : il.

13. Pedro Moruno Miralles, Dulce María Romero Ayuso. Terapia Ocupacional en Salud Mental: la Ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. [Internet]. Revista gallega de Terapia Ocupacional TOG. Número 1. Diciembre 2004. Disponible en: www.revistatog.org
14. Veronica Pitt, Dianne Lowe, Sophie Hill, Megan Pricor, Sarah E Hetrick, Rebecca Ryan, Lynda Berends. Expacientes y profesionales sanitarios para el tratamiento de pacientes adultos de instituciones de salud mental establecidas por ley. Revisión sistemática Cochrane - Intervención Versión publicada: 28 marzo 2013 en Australia.
15. Manuel Muñoz López, Alfonso Roa Álvaro, María Eloísa Pérez Santos. Instrumentos de evaluación en salud mental. Ediciones Pirámide. S.A.; 2002.
16. Moruno P, Talavera M.A. Terapia Ocupacional en Salud Mental. Masson; 2012.

FRONTERAS DIAGNÓSTICAS. TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD; UN OLVIDADO

Irene Hortal de Pablo¹, Cristina del Álamo Jiménez²

¹MIR de UGCPySM HUIC de Parla

²Jefe de Servicio de Psiquiatría UGCPySM HUIC de Parla

Correspondencia: irenhortaldepablo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El concepto de trastorno de la personalidad (T.P.) se puede entender como un patrón desadaptativo en la relación del individuo con su entorno, caracterizándose por una inflexibilidad adaptativa, la instauración de círculos viciosos y una estabilidad lábil. Un patrón desadaptativo determinado por tantas variables como lo está el propio sistema de personalidad; dota al ser humano de una complejidad difícilmente asumible bajo una única perspectiva.

Dentro de los diferentes trastornos de Personalidad, el de tipo Esquizoide resulta de la incapacidad de estas personas para formalizar relaciones sociales y de la ausencia de respuesta frente a cualquier tipo de estimulación.

Varios son los motivos que nos llevan a sentirnos como en una frontera a la hora de diagnosticar a una persona de T.P. Esquizoide y otras son las razones por las que creemos que este trastorno es un olvidado en nuestra práctica clínica diaria. En cuanto a las dudas diagnósticas, se destaca como posible causa las semejanzas en los patrones de comportamiento y síntomas con otras entidades clínicas, como en el Síndrome de Asperger o el patrón evitativo. Respecto al hecho de que este tipo de T.P. no se tenga tan presente se pueden remarcar posibles ejemplos causales: son personas que llegan con menor frecuencia a los recursos de Salud Mental; tienen una clínica menos llamativa y hay otras entidades clínicas que están más en auge (bien por mayor prevalencia real o

porque se les concede mayor peso en el ámbito científico).

Respecto a las clasificaciones internacionales, en el caso del DSM-V, el T.P. Esquizoide está englobado dentro de los trastornos de la personalidad del grupo A, y se describe como un *“patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de la expresión emocional”*, y reúne una serie de ítems muy similares a los que aparecen en la CIE-10. Se enumeran sólo los de la CIE-10 para mayor brevedad; *“una incapacidad para sentir placer (anhedonia) y para expresar simpatía, frialdad emocional, respuesta pobre a los elogios o críticas, actividades solitarias, ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, y dificultad para reconocer las normas sociales”*.

Para enriquecer la descripción, y también así alejándonos de la polémica de estas clasificaciones, hemos preferido realizar un recorrido histórico más enriquecedor de cómo han sido entendidas estas personas.

CASO CLÍNICO

E. es un varón de 39 años sin antecedentes orgánicos ni psiquiátricos y sin consumo de tóxicos, que es interceptado por la Guardia Civil por su forma de conducir. Es derivado al hospital para su valoración pues aprecian en él conductas extrañas. Allí se objetiva clínica psicótica, presentando una actitud suspicaz y un discurso delirante en torno a su presente situación laboral, por lo que se indica ingreso hospitalario para estudio así como tratamiento farmacológico con Risperidona. Respecto a su historia biográfica, E. está soltero, no tiene hijos, tiene un hermano mayor independizado y convive con su madre (que a raíz del ingreso de E. inicia seguimiento en Salud Mental por un trastorno delirante crónico). Trabaja como profesor de Informática, tiene escasas aficiones y las que tiene son solitarias. No ha tenido relaciones sentimentales, no tiene círculo social y no anhela tenerlo. La clínica psicótica remitió rápidamente en los primeros días del ingreso. Durante el mismo se realizaron entrevistas individuales y familiares que permitieron una mejor comprensión de su situación vital. Finalmente, la sintomatología psicótica se pudo encuadrar como una respuesta aguda ante el estrés en un paciente que impresionó que podría presentar un Trastorno de Personalidad de clúster A. Los diagnósticos al alta hospitalaria finalmente fueron el de Trastorno Psicótico breve F23 y Trastorno Esquizoide de la Personalidad F60. 1.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es profundizar en el conocimiento del T.P. Esquizoide de cara a tenerlo más

presente a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de los pacientes, sin pretender realizar un trabajo presuntuoso de encontrar el origen de los T.P. Para ello, haremos un recorrido histórico de los autores de distintas visiones según el orden cronológico de sus aportaciones. El resto de entidades clínicas incluidas en el diagnóstico diferencial del paciente no se detallarán al no haberse fijado dicho objetivo.

DISCUSIÓN

En un primer lugar, aunque para ello nos saltemos este orden cronológico, destacaremos la teoría de Theodore Millon, la cual hemos tomado como principal guía para realizar este trabajo. T. Millon (1969) recogió que el pilar de este tipo de T.P. es el déficit intrínseco de la capacidad de la persona para experimentar el placer. A saber; déficits emocionales y cognitivos que ensombrecen las relaciones interpersonales afectuosas y una nula respuesta a los estímulos. Según él, no se trata de un rechazo intencionado hacia el otro sino de una incapacidad de empatía.

Millon desarrolló una teoría de personalidad de visión neuropsicológica que tiene en cuenta la mutua relación entre los determinantes biológicos y los ambientales, que trasciende las formas particulares de expresión de los T.P. y se basa en elementos más hondos de la naturaleza. De este modo, estos avatares biológicos, ambientales o una interacción entre ambos serían los causantes de este déficit intrínseco del que habla en el T.P. Esquizoide. Él habló de un esquema de polaridades que reproducen estilos de hacer frente a las circunstancias de la vida en base a estas disposiciones constitucionales, innatos o por aprendizajes tempranos; polaridad placer-dolor, polaridad pasividad-actividad y polaridad otros-Sí mismo. Es la polaridad placer-dolor la que él relacionó con el T.P. Esquizoide; mostrando *“una deficiencia de su capacidad para experimentar tanto bienestar psíquico (promoción) como dolor (preservación) [...] Debido a éstos déficit, los esquizoides tienen pocos motivos para buscar recompensas externas o alejarse de experiencias potencialmente desagradables; el resultado es una persona pasiva.”*

Dando unas pinceladas al diagnóstico diferencial que realizamos en el paciente y sirviéndonos de las palabras de Millon exponemos lo siguiente; *“las personalidades evitadoras desean ser aceptadas socialmente y padecen intensamente su soledad, mientras que el esquizoide es genuinamente indiferente a las cuestiones sociales y sus emociones están intrínsecamente embotadas. [...] Como el sujeto esquizoide, el evitador tiene una notable dificultad para experimentar placer. No obstante, a diferencia del primero, que también tiene disminuida su capacidad para experimentar malestar emocional, el evitador es hipersensible a los estímulos que provocan ansiedad. [...] Aunque las sintomatologías explícitas de los estilos activo y pasivo son*

muy similares, sobre todo si nos ceñimos sólo al examen inicial, sus disposiciones constitucionales, sus experiencias y sus estilos y estrategias básicas con bastante diferentes.” Además, el patrón depresivo también cuenta con esta traba para sentir el placer, pero surge de una desesperanza y desestimación de situaciones potencialmente agradables.

Tras esta breve introducción de las aportaciones de Millon, ahora sí que pasaremos a iniciar una línea cronológica. Antes de que E. Bleuler acuñara el término de Esquizofrenia (1911) para definir el cuadro previamente conocido como *“demencia precoz”* no existía una nominación de personalidad esquizoide, a pesar de que previamente algunos autores (Kahlbaum, Ribot, Hoch) observaron un conjunto de rasgos coincidentes con los del Trastorno Esquizoide, identificándolo como variante prodrómica de la demencia precoz. Kraepelin (1913) también hizo estas observaciones al respecto y le añadió el matiz de estado prepsicótico estable sin deterioro posterior, denominando estas personalidades como *“autistas”*, pues entendía el interés reducido hacia lo externo como un estadio inactivo relacionado con la demencia precoz. Después, Bleuler nombró este patrón descrito por estos autores con el término de *“Esquizoide”*, entendiéndolo como una tendencia potencialmente presente en todos los individuos, que se sitúa en el polo de morbilidad más leve y que puede alcanzar su máximo exponente patológico en forma de Esquizofrenia. Más tarde, C. Jung añadió el matiz de *“introversión”*, y fue E. Kretschmer (1925) quién enriqueció el concepto con su gran detallismo y con una clasificación en la que dividió a los esquizoides en dos subgrupos opuestos (el tipo hiperestésico y el tipo anestésico). Esta separación fue paralela a posteriores consideraciones teóricas como la de Millon, y sirvió de guía para la posterior clasificación en el DSM (el tipo evitador y el tipo esquizoide respectivamente en DSM-III y IV). En palabras de Kretschmer sobre el tipo anestésico: *“se repliega en sí mismo porque no tiene razón alguna para hacer lo contrario, porque lo que le rodea nada puede ofrecerle. [...] Están... desprovistos de humor, con un semblante grave, sin mostrar alegría ni amargura. [...] La expresión apagada refleja (su) pasiva falta de sentimientos...un estado flemático que puede distinguirse...por la falta de calidez y respuesta emocional hacia la humanidad.”*

Además Kretschmer consideró, adelantándose así a la visión psicoanalítica que expondremos más adelante, que estas dos tendencias conviven en muchas personas como una tensión (*“tras la fachada aparentemente carente de afecto se esconde un núcleo de personalidad tierno con una gran y vulnerable sensibilidad nerviosa”*).

El interés que no se aprecia en estos pacientes hacia las relaciones humanas, se puede ver enfocado en actividades generalmente solitarias, con tendencia por quedarse absorto en lo fantástico

y la afinidad por intereses espirituales. En el caso de nuestro paciente, sus escasas actividades de ocio eran la lectura, la informática y el visionado de películas en su domicilio.

En el caso de paciente que traemos, sólo mantenía contacto social con su madre (con la que convivía) y con su hermano por vía de mensajería instantánea por cuestiones más formales, no afectivas. En el trabajo, únicamente tenía contacto profesional con el alumnado. Durante su ingreso, se observó la tendencia al aislamiento y la escasa de interacción con otros pacientes de la unidad "yo estoy bien con ellos, mientras a mi no me molesten...".

Kretschmer, Bleuler y E. Kahn apuntaban a un temperamento constitucional como origen de esta incapacidad afectiva. Por otro lado, desde la visión psicoanalítica (K.Menninger, W.Reich, W.R.D. Fairbain, D.W. Winnicott,...) se abre la posibilidad de señalar acontecimientos infantiles traumáticos como germen de esta incapacidad.

Fairbain (1940/1952), posiblemente el primer participante en la comprensión psicoanalítica de los T.P. Esquizoide, defendió que los esquizoides tuvieron en la infancia una relación emocional insuficiente con sus progenitores; una relación carente de expresiones afectuosas que hicieran al niño conocedor de que se le quiere como persona. Así, el repliegue esquizoide queda como una defensa contra un conflicto entre un anhelo de relacionarse y un miedo de que sus necesidades perjudiquen a los otros. Fairbain llamó a este dilema "La fantasía de la pequeña Caperucita Roja del bosque", que viene a representar que las necesidades del niño que no han sido cubiertas por la madre van acrecentándose hasta que él mismo las ve como insaciables. Así, experimenta el consiguiente riesgo de acabar devorando a la madre y quedando solo de nuevo. Esta voracidad propia se puede proyectar en su madre, y en el resto de relaciones posteriores al quedar este dilema congelado (tienen miedo de engullir a los otros con sus necesidades y luego tienen miedo de ser devorados por los otros). Esto daría como resultado vivir las relaciones como peligrosas, una conducta vacilante para con los otros y una cojera para dar y recibir afecto; acaban "desemocionalizando las relaciones objetales" y con "dificultad para darse en sentido emocional", solventándolo con la "imitación" y el "exhibicionismo" como forma de sustituir el dar por mostrar.

Para Appel (1974), los pacientes esquizoides viven en una continua amenaza de desamparo, asedio y desintegración.

En respuesta compensatorias a este miedo a la desintegración, Grotstein (1977) habló de fantasías de omnipotencia, y que pareciera que son más intensas cuanto menor es la autoestima del paciente (Nachmani, 1984). En el caso de E. las expresiones de inferioridad hacia sí mismo son constantes en su discurso, nos contó en una entrevista que él sólo leía a escritores "importantes,

inteligentes, millonarios, personas con éxito, como Donald Trump”.

Deutsch (1942) introdujo la idea de que estos pacientes vivían en un “*con un falso Sí mismo*”, formulación que después recogería Winnicott (1945, 1956), como una identidad inadecuadamente desarrollada que interacciona de forma ficticia con el otro, pero sin llegar a sentir la vida, y que encubre al verdadero self. Winnicott contempló la “*retirada esquizoide*” como una forma de contactar con el verdadero self y que habría que respetar su necesidad de no comunicación.

Haciendo un paréntesis antes de continuar con el cultivo psicoanalítico, Asperger (1944) describió una patología similar pero en la infancia, destacando la dificultad para la comunicación interpersonal.

M. Klein (1946) expuso la idea de que estos pacientes estaban disociados de los acontecimientos emocionalmente profundos por haber sufrido sucesos vitales traumáticos en la infancia. Esta disociación vendría a ser un mecanismo de defensa contra la ansiedad persecutoria infantil; el niño expulsa lo intolerable y contradictorio del Sí mismo hacia fuera. Por un lado, queda cohesionado pero por otro vive atormentado y desconfiado de los demás pues los vive como presencias persecutorias.

H. Gruntrip (1952) y R. Laing (1960), psicoanalistas también, actualizaron los conceptos descritos por Fairbairn y Winnicott sobre el Sí mismo y la desvinculación. En palabras de Gruntrip “*su estado mental puede ser descrito a partir de sus quejas sobre sentirse aparte, extraño y desconectado, de que las cosas están descentradas o son irreales, de sentirse ajeno a los demás, de haber perdido el rumbo, de no sentir interés y de tener la sensación de que las cosas son fútiles y carecen de sentido*”, y según Laing; “*existe una persistente escisión entre el Sí mismo y el cuerpo. Lo que la persona refiere como su verdadero Sí mismo es experimentado como más o menos descorporalizado, y en contrapartida, las experiencias y acciones corporales se sienten como parte del sistema del falso Sí mismo....Esta desvinculación del Sí mismo comporta que éste nunca se revela directamente en las expresiones y acciones de la persona, ni experimenta nada de forma inmediata [...] Las transacciones directas e inmediatas entre la persona, los otros y el mundo carecen de sentido, son fútiles y falsas [...] El Sí mismo es excluido de la experiencia de realidad y vivencia mediante su desvinculación*”.

Durante nuestras entrevistas, E. se mostraba corporalmente pétreo, insulso, en muchas ocasiones con la mirada fija en un punto. En el plano verbal, solía mantener un discurso carente de emoción al relatar sucesos vitales dolorosos, incluso con risa inapropiada de cualidad taimada en ciertos momentos, un lenguaje intelectualizado e hiperlógico, con clara dificultad al contestar a preguntas que implican respuestas emocionales. Con actitud difícil de abordar generalmente,

pudiendo hablar de manera más espontánea sólo al tratar el ámbito laboral.

Arieti (1955) acogió el concepto de “*como Sí*” de Deutsch y expuso que la anestesia emocional de los esquizoides es una defensa contra su intensa vulnerabilidad frente al dolor del rechazo. Dicha vulnerabilidad queda tan acorazada que se suprime la posibilidad de cualquier dolor o contacto social. Esta visión se aproxima más la noción de personalidad evitadora del DSM-III.

Nannarello (1953) comprendió la clínica de estas personas en sentimientos incómodos de inadecuación, aislamiento social voluntario y tendencia al pensamiento autista.

En la misma línea de aproximación de las posturas del esquizoide y del evitador, M.Khan (1960), otro analista que trabajó también con las relaciones objetales, otorgó importancia a la relación entre la figura materna y el hijo/la hija como fundamental en el desarrollo del T.P. Esquizoide, en la que la figura materna no fue capaz de protegerle, a la vez que sostuvo una profunda vinculación condescendiente con él (“omnipotencia simbiótica”) que entorpeció la relación del hijo/de la hija con el resto. Así, describe la personalidad esquizoide como un ser pseudoconforme, autosuficiente, onnipotente, aislado, inepto para pedir ayuda.

La madre de nuestro paciente le definió como un hijo modélico; “nunca me ha dado problemas; es como el Niño Jesús.” Profundizando en la relación que tenía este paciente con su madre destacamos que se vio influenciada por las repercusiones conductuales y del pensamiento que tenía la madre desde hace muchos años y por lo que fue derivada a las consultas externas de Salud Mental, poniendo finalmente el diagnóstico de Trastorno Delirante Crónico.

Kernberg (1967, 1970) defendió que la defensa del esquizoide era de tipo disociativa; estos pacientes presentan dificultades para entenderse a sí mismos dadas sus contradicciones internas (aspectos idealizados o terroríficos internalizados de los otros y aspectos propios vergonzosos o exaltados). Así, viven en una irrealidad subjetiva y sin una identidad delimitada que hace crecer un sentimiento crónico de vacío.

Akhtar (1987, 1992) hizo una aportación psicoanalítica que nos parece interesante; marcó una diferencia entre las cualidades manifiestas y las encubiertas, quedando el esquizoide como una persona llena de contradicciones. Así, describe de la persona esquizoide: “*es manifiestamente desvinculado, autosuficiente, absorto, desinteresado, asexual y con una moral idiosincrásica, mientras que en el fondo es extremadamente sensible, necesitado de emociones, hipervigilante, creativo, a menudo perverso y vulnerable a la corrupción*”. Según él, estos extremos no vendrían a denotar rasgos de personalidad conscientes e inconscientes, sino más bien una fragmentación del self no integrada siendo así muy complicada la relación con el otro. Etimológicamente, “esquizo-” significa escisión.

D.F. Klein (1970, 1977) hizo ver que el término de personalidad esquizoide del DSM-II

confundía dos grupos distintos de personas; distinguió entre *“los tímidos, socialmente retraídos e ineptos, las personas obedientes que sienten temor y, por tanto, aunque aprecian la sociabilidad y les gustaría formar parte de la multitud, se aíslan, y las personas asociales, excéntricas (no perceptivas y carentes de tacto), que buscan estar solas y que tienen dificultades de relación con sus iguales, lo que suele resultar en ostracismo social y condición de cabeza de turco”*. Como se puede observar, esta percepción está en la línea de la propuesta de Kretschmer 45 años atrás del esquizoide de tipo hiperestésico y el anestésico, y en la línea de la personalidad esquizoide y evitadora del DSM siguiente. Millon participó en esta división del DSM-III entre patrón *“pasivo-desvinculado”* (que correspondería al esquizoide en las clasificaciones internacionales) y *“activo-desvinculado”* (al evitador), pretendiendo distinguir las personas con una deficiencia intrínseca en la capacidad para la vinculación y para experimentar emociones (el pasivo-desvinculado) de las que no tenían este déficit sino que la retracción social, en este caso activa, hace eco de una preocupación excesiva por las posibles respuestas de los otros (el activo-desvinculado). De este modo, Millon valida la visión psicoanalista pero para los pacientes evitadores.

Volviendo a esta línea psicoanalítica, Nachmani (1984) propone que estas personas determinan no relacionarse por creer que su fracaso en recibir lo que ellos necesitaron en su infancia de sus madres significa que no pueden intentar tomar nada de las siguientes figuras significativas. Lawner (1985) plantea que realmente estos pacientes tienen sentimientos e intentan acercarse al otro pero que están presos en su desarrollo en una etapa temprana de sus relaciones interpersonales. Para Balint (1896-1970), las personas con T.P. Esquizoide tenían esa incapacidad para relacionarse debido a una *“falta básica”* causada por inadecuaciones significantes en la atención materna durante la infancia, más que del conflicto (como en los pacientes neuróticos).

Por otro lado, en el campo de lo cognitivo-comportamental, A. Beck y Freeman (1990) señalan la importancia del proceso cognitivo y de las distorsiones del mismo *“presentan un estilo cognitivo caracterizado por la vaguedad y la pobreza de pensamiento...Este estilo cognitivo contribuye a la falta de respuesta emocional, ya que no percibe las claves que produce afecto, y por tanto, es improbable que experimente en emociones. [...] Sus creencias nucleares son del estilo – Estoy básicamente solo-, -Las relaciones íntimas con los otros no son gratificantes y son confusas-, - Si me acerco demasiado a los otros me engañarán-, - No puedo ser feliz si no tengo completa movilidad-.”*

Benjamin (1993), con su modelo interpersonal, deduce lo siguiente; *“no hay temor ni deseos hacia los demás. El esquizoide, deficiente en cuanto a conciencia y habilidades sociales, posee habilidades instrumentales y puede cumplir las expectativas de los papeles sociales formales*

(padre, jefe, empleado). Puede casarse, pero no consigue intimidad. [...] Es formalmente correcto, pero carece de la habilidad necesaria para emitir y recibir claves sociales. [...] No se autodefinen como pacientes ni...acudirán por sí mismos a recibir tratamiento.”

Siever (1991) propuso un sustrato neurobiológico para el espectro esquizoide y esquizotípico, y Cloninger (1986, 1987, 1993) se basó en un modelo de sistemas cerebrales para dar sentido a esta entidad.

Volviendo a Millon, que fue el primero en manifestar su preocupación por establecer criterios diagnósticos claros para cada uno de los T.P., presentó para el tipo Esquizoide un texto como andamiaje para formular los criterios del DSM-III, del que era miembro del comité. Resumiendo brevemente dicho texto, apuntó como criterios la aparición de los siguientes puntos a partir de la adolescencia o inicio de adultez;

- *“Déficit de afectividad (p.ej., presenta una neutralidad emocional intrínseca, refiere necesidades afectivas débiles e incapacidad para mostrar entusiasmo o experimentar placer.”*
- *“Empobrecimiento cognitivo moderado (p.ej., muestra procesos de pensamiento empobrecidos y oscuros, inapropiados a su nivel intelectual; comunicación social a menudo tangencial e irrelevante).”*
- *“Indiferencia interpersonal (p.ej., tiene mínimos intereses «humanos»; le basta y prefiere un papel periférico en las relaciones familiares y sociales).*
- *“Apatía comportamental (p.ej., fatigabilidad, baja energía y carencia de vitalidad; muestra déficit de activación, de expresividad motora y de espontaneidad).”*
- *“Insensibilidad perceptiva (p.ej., muestra una introspección y conciencia del Sí mismo mínimas, es impermeable a las sutilezas de la vida social y emocional cotidiana).”*

Tras extendidas reflexiones, la designación inicial del DSM-III de “personalidad asocial” fue reemplazada por la de “personalidad introvertida”, que después sería descartada tras la negativa de los analistas jungianos, y se introdujo el término “esquizoide”, a pesar de la disconformidad mostrada por los miembros del comité pues este término tenía un sentido diferente en los manuales previos, lo que provocaría confusión con un nuevo síndrome que había sido llamado inoportunamente “personalidad esquizotípica”.

Además, es interesante recordar que aunque actualmente tenemos tres términos diferenciados en las clasificaciones (esquizoide, evitador y esquizotípico) hubo una época anterior en la que se empleaba el término esquizoide para definir a estos tres patrones.

Como apunte adicional, el concepto “asocial” fue adquirido en la CIE-9 sustituyendo a la personalidad antisocial, provocando mayor desconcierto.

A pesar de los esfuerzos por sistematizar, tanto el DSM-III como la CIE-9 mantuvieron criterios yuxtapuestos y no pudieron englobar todos los ámbitos clínicos que quisieron (interpersonal, afectivo, comportamental y cognitivo). En las clasificaciones posteriores se intentó conseguir una descripción clínica más profunda, y se hizo ver la importancia de ampliar con una base empírica. Aún así, en el DSM-IV se acotó la concepción de esquizoide a dos ámbitos; el interpersonal y el afectivo, restando importancia a otros criterios potencialmente útiles (autoimagen, estilo cognitivo,...).

Las descripciones del T.P. Esquizoide del DSM-V y de la CIE-10 se resumieron al principio de la comunicación.

Retornando a la clínica, ha quedado reflejado en la literatura que las personas con este tipo de trastorno de personalidad pueden presentar periodos de excitación maníaca, episodios psicóticos breves (como en el caso de E.) o trastornos esquizofreniformes, entre otras comorbilidades. E. expresó al inicio de su ingreso, ideas delirantes de prejuicio como “hay gente que conozco aquí (su ciudad) y me van a machacar”, “cuando hice el examen en Cataluña, los catalanes me lo manipularon y me pusieron un cero”, o creía que le perseguía la Policía Nacional con cámaras y por el móvil por lo que destruyó el suyo propio para que no le rastrearán.

Otras posibles comorbilidades del T.P. Esquizoide son el síndrome de ansiedad, síndrome obsesivo-compulsivo, síndrome disociativo o síndrome somatomorfo.

Aparte de lo anterior, otros factores que marcan el pronóstico de estos pacientes es que los déficits afectivos e interpersonales, sean del origen que sean, son característicamente crónicos. Y esto sumado al escaso insight y a la baja motivación por el cambio que suelen tener, puede resultar en que pocas veces acudan ellos mismos solicitando ayuda a los servicios de Salud Mental y que esta ayuda acabe siéndoles exitosa.

Algunos peligros posibles durante el seguimiento son que el paciente considere al terapeuta como un intruso, que el paciente decida volver a su estilo de vida solitario y abandone el seguimiento, que se despierten en el terapeuta sentimientos de frustración, aburrimiento y de querer alejarse del paciente, como les puede ocurrir a las personas del entorno del paciente (en el caso de E. su hermano habló de su actitud de repliegue como "voluntaria, por dejadez y vaguería") o que el paciente retroceda clínicamente tras un gran avance terapéutico.

En cuanto a estos avances terapéuticos, el terapeuta deberá tener en cuenta que en algunos

pacientes estas mejoras serán mínimas, incluso tendrán que limitarse a promover que sean capaces de aumentar el grado de disfrute con actividades aunque sean solitarias más que incentivar las relaciones sociales (a E. se le animaba en la consulta a practicar ciclismo antes que permanecer en su domicilio). Millon se refirió a esto como restablecimiento del equilibrio entre polaridades. También es aconsejable informar a familiares del paciente de los límites del mismo para aumentar su tolerancia y para ajustar expectativas puestas en el tratamiento.

En los casos que el objetivo sea disminuir el aislamiento social, si no tenemos en cuenta el grado de habilidades sociales y el deseo de implicación social del paciente pueden estar contraindicadas las terapias de grupo y otras terapias interactivas, pues si se le incentiva de forma prematura al trato interpersonal puede acabar en un malestar que les haga verificar que se encuentran mejor en soledad. En los casos que se indique terapia grupal, ésta puede servirles de experiencia rectificadora en la que comprueban que sus temores no tienen lugar.

Un punto intermedio puede ser intentar al menos que mantenga la interacción social que ya tiene y que no pierda el contacto con la realidad.

La terapia individual puede servir también de nueva experiencia positiva interpersonal al paciente que pueda internalizar (Gabbar, 1994). Se aconseja que se cree un clima permisivo con los silencios del paciente, que no se interpreten como resistencias y que se legitimen como núcleo no-comunicativo (Winnicott).

En el ámbito emocional y en los procesos cognitivos sería interesante intentar promover las capacidades expresivas y la intervención para clarificar procesos de pensamiento, respectivamente.

CONCLUSIONES

A lo largo de la historia, han sido múltiples las teorías desde las que se ha intentado abordar el T.P. Esquizoide. Concretamente en el caso del modelo psicoanalítico, ha resultado complicado combinar con finalidad didáctica sus propuestas teóricas con las clasificaciones internacionales, e incluso en otros esquemas más amplios como los que aparecen en la literatura de Theodore Millon. Pese a ello, la mayoría coincide en describirles como: reservados, introvertidos, aislados, exánimes, inaccesibles, monótonos, torpes, indiferentes, solitarios, retraídos, desapegados, poco espontáneos...existiendo más disparidad en cuanto a aspectos más profundos de los mismos según desde la visión desde la que se piense. Por tanto, se podría resumir la clínica del T.P. Esquizoide en un patrón de distanciamiento social pasivo (con la falta de un deseo por entablar relaciones con otras personas) y en una restricción del abanico de las emociones en el plano interpersonal, incluyendo una indiferencia emocional en las mismas (distinta de la angustia del evitativo al pensar

en iniciar un contacto social).

Es importante señalar que las divisiones empleadas (esquizoide, evitativo, esquizotípico) no son uniformes y que no contar con la individualidad de la persona que tenemos delante sería un grave error.

La demostración de que existen posibles comorbilidades sobre el T.P. Esquizoide nos hace reiterar la importancia que tuvo tener en cuenta el trastorno de personalidad de base en E. para una comprensión más completa e integral del caso, y para no sobrediagnosticar otras entidades clínicas psicóticas como la Esquizofrenia.

En la terapia, parece adecuado tomar una posición con el paciente de prudencia no negligente; es decir, una que tenga en cuenta las dificultades y fortalezas del mismo y que no descuide las posibles complicaciones clínicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Millon T, Davis R. Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV. Masson. 2ª Edición. 1998.
2. Gabbard GO. Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica. 3ª Edición. Panamericana, 2002.
3. CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor, 1992.
4. DSM-V: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª edición (I). American Psychiatric Association. Panamericana, 2014.

FIBROMIALGIA, ¿LA ÚNICA REBELDÍA POSIBLE?

Maria Luisa Costa Ferreira da Silva, Lisi Amaya Lega, Carolina Cabrera Ortega

Psiquiatras en el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés.

En este trabajo, introduzco una reflexión en torno a un grupo psicoterapéutico integrado por mujeres con diagnóstico de distimia y fibromialgia. A lo largo de mi presentación trataré de comunicar nuestro proceso de revisión de los emergentes grupales, los cuales hemos resignificado al añadir una visión a través de la perspectiva de género al corpus teórico psicoanalítico del que partíamos. El objetivo es abrir una nueva perspectiva que permita comprender a estas mujeres de una manera diferente.

Esta experiencia grupal surge como idea de dos de las autoras de la necesidad de encontrar una nueva forma de relación con las personas con el diagnóstico de distimia en el marco del Centro de Salud Mental. Esta categoría diagnóstica resulta cada vez más prevalente y abarca a usuarios con sufrimientos y formas de relación muy dispares. No obstante, muchos de ellos tienen en común una larga trayectoria en intervenciones terapéuticas en Salud Mental sin que se aprecie una clara mejoría. Es frecuente que estas personas padezcan de dolores físicos intensos y crónicos que se encuadran en un diagnóstico de fibromialgia. Este sufrimiento invade al paciente de tal manera que es frecuente que en el encuentro con su terapeuta el relato no se aleje de la queja del dolor físico, con una demanda exigente de una solución inmediata al mismo. Esto resulta en una gran dificultad para abordar cualquier otro malestar que no pase a través del cuerpo, silenciando así la narrativa biográfica de estas personas, muchas veces repleta de trauma. Además, esta demanda masiva hacia el terapeuta con frecuencia desencadena una contratransferencia en la que predomina el rechazo e impotencia. Estos sentimientos invaden el vínculo terapéutico, amenazando con llegar a dañarlo.

Todos estos factores hacen que la intervención individual de estos usuarios suponga un reto cada vez mayor en la práctica asistencial diaria. En este escenario, las autoras plantearon la necesidad de buscar una forma de relación diferente con las personas con diagnóstico de distimia, que permitiera una nueva mirada sobre ellas. Se consideró que la psicoterapia de grupo podría facilitar

una perspectiva diferente de su sufrimiento y dotarlo de un sentido biográfico, ya que, entre otros elementos, el movimiento transferencia-contratransferencia se diluye.

Se inició un grupo de orientación psicoanalítica formado por cinco pacientes, mujeres todas ellas, y dos conductoras de grupo. Se estableció un encuadre semanal y una duración de un año. Las usuarias estaban diagnosticadas de distimia y fibromialgia y todas contaban con una larga evolución en Salud Mental sin alcanzar una mejoría marcada y estable en el tiempo.

Durante la evolución del grupo se extrajeron varios emergentes importantes. Entre ellos destaca la necesidad de los sujetos de adquirir una identidad única, nombrada con el diagnóstico de fibromialgia, en la que no se admiten diferencias entre los miembros del grupo. Todas ellas expresaban, sin discrepancias, en qué consistía para ellas ser mujer. Estas mujeres de mediana edad, amas de casa en su mayoría, con hijos adolescentes o jóvenes, se presentan como grandes sufridoras que han sacrificado su salud y su propio deseo por el cuidado de su familia. Describen esta abnegación como la esencia de “ser mujer” con la que ellas aseguran haber cumplido voluntariamente y con entusiasmo. Expresan una gran culpa cuando no pueden ejercer este papel con el que no se muestran en absoluto conflictuadas. Temen ser acusadas de vagas y describen con orgullo como, a pesar de sus dolores, siguen esforzándose en cumplir con las tareas domésticas: “He pasado un fin de semana maravilloso con mis dolores, porque me he apuntado a voluntariado para sentirme útil”. En el discurso grupal la identidad de la mujer se guía por los mandatos de género y el sufrimiento aparece como un elemento más de la subjetividad femenina, ineludible y necesario. En los momentos en los que no son capaces de sobrellevar el dolor llegan a afirmar: “no me siento mujer”. En reciprocidad, estas mujeres piden el amor del otro en forma de agradecimiento y valoración por parte de su entorno e la sociedad en global. Esperan en este reconocimiento que se les otorgue la satisfacción de ser imprescindibles como heroínas del hogar. No obstante, la mayoría de las veces su dedicación es desestimada en el medio familiar, quienes también asumen esta función como intrínseca a la identidad femenina y por ello algo irrelevante. En la narrativa grupal aparece la humillación y minusvaloración a la que se sienten sometidas estas mujeres por la invisibilización de su trabajo. Cuando en ocasiones reciben el agradecimiento buscado, éste no cumple con las expectativas colmadoras que ellas imaginaban. Ante la decepción, la respuesta del entorno percibida como insuficiente se recibe con rabia y generando paradójicamente una mayor demanda de validación que se torna masiva. Tratan de contener la frustración y persisten en la búsqueda del aprecio del entorno a través de un cuidado cada vez más amplio y omnipotente hasta que su cuerpo y mente claudican.

La limitación física parece ser el único límite en su omnipotencia lo que genera sentimientos de culpa por no “cumplir” con las tareas de cuidado de manera perfecta. Aunque no basta con una

queja por un dolor intolerable, ya que la experiencia subjetiva es susceptible de desconfianza, de ser percibida como exagerada e inadecuada: “Mi marido me dijo: cálmate que parece que te estoy maltratando”. Es esencial poseer un diagnóstico de fibromialgia que sirva de escudo respaldando la veracidad del sufrimiento. En la narrativa grupal, ser “fibromiálgica” no solo es la base de la cohesión grupal, sino que además otorga una justificación para poder expresar la queja. Al recibir un nombre científico, las pacientes encuentran una explicación a lo que les pasa dentro del discurso hegemónico aceptado por la sociedad actual y el sufrimiento toma cariz de “verdad”. El motivo por el que no cumplen con el ser “mujeres” es porque son “fibromiálgicas”: “La fibromialgia ocupa mi vida y no atiendo a los míos”. Esta importante función explica que las pacientes construyan su identidad en torno al diagnóstico, fusionándose con ella sin fisuras, no admitiendo siquiera diferencias entre ellas. Ellas son fibromiálgicas ante todo. Asumen que comparten idéntica historia biográfica, familia y experiencias traumáticas solo por y para ser “fibromiálgica”. Presentan una vida pre-fibromialgia absolutamente idealizada repleta de experiencias de superación de sufrimiento en las que se sentían mujeres completas. Hacen ver que han podido con todo excepto con su propio cuerpo. “La que pasa dolores soy yo, los demás no lo ven. Antes [del diagnóstico] no necesitaba a nadie, yo tiraba para adelante cantando”.

Con el diagnóstico llega también una esperanza de una cura médica inmediata y total del sufrimiento, una expectativa de una respuesta mágica y omnipotente. Su objetivo es poder volver a cumplir con su papel como mujer, sacrificándose por completo y recibiendo a cambio el amor total de su entorno. Sin embargo, el paradigma médico presente en el imaginario social que ofrece una solución inmediata y total no se cumple en su caso, haciéndoles sentir además que no se les da credibilidad y que se les está tratando de manera injusta. Se repite con los profesionales médicos y con los psicoterapeutas la experiencia vivida en el entorno familiar. Esto provoca una rabia intensa que es expresada a través de reproches a los profesionales por los que con frecuencia se sienten rechazadas en parte por la contratransferencia generada. Estas mujeres se sienten sometidas al maltrato de manera repetida a lo largo de sus vidas, no solo por los profesionales y sus familias, sino también por sí mismas y su propia autoexigencia.

De la misma manera, se reproducen las mismas vivencias en la experiencia grupal. Las usuarias colocan enormes expectativas en la respuesta de las terapeutas a las “fibromiálgicas”. Se hace patente la rabia por la decepción de que no se les brinde una solución total e inmediata. No obstante, progresivamente las usuarias comienzan a percibir el grupo de iguales como un espacio relativamente seguro de validación de su sufrimiento sin necesidad de justificación, llegando a tolerar las diferencias y la amenaza que estas generan: “hay distintos tipos de fibromialgia”.

Asimismo, comienzan a ampliar la mirada más allá de la esfera de lo corporal, vislumbrando

en ocasiones un malestar subyacente al dolor que nada tiene que ver con la fibromialgia. Comienzan a caminar hacia una nueva identidad, diferente de la enfermedad, pero en la que es legítimo encontrarse mal, quejarse, y limitar la dedicación al otro.

Ante este grupo de mujeres en el que los imperativos de género aparecen de manera tan constante en el discurso nos pareció que resultaría enriquecedor una revisión de los emergentes a través de la perspectiva de género. Para ello hemos realizado una revisión de diferentes autoras pertinentes para este trabajo y con estas bases teóricas hemos tratado de repensar los emergentes grupales sin dejar de apoyarnos en la teoría psicodinámica.

Dentro de la teoría feminista, el concepto de “el malestar que no tiene nombre”, acuñado en los años 60 por Betty Friedan, se ve actualizado en los discursos grupales de estas mujeres que entienden a la “gran cuidadora”, el “ser para el otro” como el ideal femenino de acuerdo con los mandatos de género. El libro de esta autora llamado “La mística de la feminidad” recoge entrevistas a mujeres estadounidenses de clase media que habían cumplido con todos los estereotipos de género, se habían convertido en el “ángel del hogar” y a pesar de ello sufrían. La incompreensión hacia su propio sufrimiento les dificulta describirlo, no saben nombrar su experiencia. El discurso está invadido por vergüenza y culpa, entendiendo que su insatisfacción las señala como inadecuadas. Uno de los testimonios decía: “Se me saltan las lágrimas de puro alivio al saber que otras mujeres comparten mi desasosiego interior”. A partir del análisis de estas entrevistas, Friedan hipotetiza que los deseos de cuidado impuestos a la mujer desde un locus externo, como es la sociedad heteropatriarcal, silencian la necesidad de explorar los deseos propios individuales, ya sean estos de cuidado o de otra naturaleza, que forman parte del proceso de elaboración de una identidad sólida. Se construye así una identidad que gira en torno a la maternidad y las tareas domésticas de las que esperan una satisfacción total mediante el cariño familiar y la narcisización. Es una identidad que solo cobra sentido en el lugar de cuidadora, por lo que se vuelve vacía y sin sentido fuera de la maternidad: “cuando estoy embarazada o los bebés son pequeños por fin soy alguien, una madre”.

Retomando los emergentes grupales y teniendo en cuenta las aportaciones de Friedan, es reseñable cómo las mujeres del libro “La mística de la feminidad” y las protagonistas de esta comunicación se asemejan a pesar de las distancias en el tiempo y el espacio. Comparten los sentimientos de inadecuación e incompreensión por no encontrarse totalmente satisfechas por cumplir con su rol de “mujer”, entendido como el marcado por los mandatos sociales de género. No obstante, las mujeres del grupo han podido nombrar su vivencia de sufrimiento, dándole un sentido. Se ilustra así el valor del diagnóstico de fibromialgia para ellas que, aunque insatisfactoriamente, da

un sentido a su experiencia.

En la obra “El superyó femenino”, Nora Levinton analiza las particularidades de la construcción del aparato psíquico de la mujer en una sociedad heteropatriarcal. Como ya es sabido, la estructura del superyó toma como cimientos las normas que percibimos en la crianza y que proceden de nuestro entorno familiar y sociocultural. A partir de ellas, el superyó dicta qué es correcto y qué no lo es. Los mandatos sociales de género, al formar parte indudable de nuestra cultura, tendrán un papel inevitable como precursor del superyó, sobre todo a la hora de discernir cómo se es mujer correctamente.

La autora analiza en detalle el superyó femenino partiendo de que, según los imperativos de género, el ideal de mujer en la sociedad actual es la gran cuidadora. Para cumplir con este papel debe ser emotiva, empática y totalmente dedicada, en conclusión, “ser para el otro”. En la mujer se narcisiza el apego, el autoconcepto depende directamente de su capacidad de mantener los vínculos relacionales, de cuidar y ser objeto de deseo. En el caso de que el vínculo se vea amenazado surgirán sentimientos de inadecuación y culpa por el daño que se pueda haber generado en el otro y por el daño a la propia valía como mujer. Esto es así porque en la crianza, se transmite a la niña que ésta será merecedora del amor de las figuras significativas siempre que sea una “mujer buena”. Ante la amenaza de la pérdida del objeto y del abandono absoluto en etapas tempranas se construye un superyó tirano que no se limita a vigilar conductas puntuales sino la identidad al completo. En la búsqueda de aprecio y apego, se desencadena una autoexigencia sádica y constante que normativiza los ideales femeninos, en vez de conservarlos como ideales. Esto es fácilmente observable en el discurso grupal: “A mí me encantaría hacerlo todo y sentirme bien física y psicológicamente, es mi sueño, ser una mujer normal y cualquiera”. No cumplirlos genera angustia y culpa por una falla narcisista profunda. Esto explica el profundo dolor que se trasluce en el discurso grupal de nuestras pacientes cuando no son capaces de cumplir con el ideal de mujer, un dolor psíquico que tan solo se apacigua al justificarse mediante el dolor físico y el rol de enferma.

La mujer trata de proporcionar un cuidado omnipotente y así tornarse imprescindible para asegurar el vínculo que se percibe como intensamente frágil. Las relaciones de apego se idealizan, esperando de ellas una reciprocidad de este “ser para el otro” en el que se satisfagan sus necesidades sin pedirlo. Al no cumplirse la expectativa se siente humillada, minusvalorada y, en última instancia, inadecuada. A pesar de ello, tratará de reprimir la rabia por temor a que ésta amenace el vínculo, cuya ruptura se experimentaría como una falla en la propia identidad. En el ideal de la feminidad normativa, la negación de la hostilidad es nuclear dado que el objetivo último de la “mujer buena” es cuidar y ser objeto de deseo. Levinton hipotetiza que la mujer, al tratar de cumplir con los imperativos de género mediante el ideal de renuncia absoluta a su deseo en favor del deseo

del otro, crea una situación que favorece la aparición de abusos por parte del entorno a los que resultará extremadamente difícil poner límites sin expresar hostilidad. La mujer se ve atrapada en vínculos que le hacen sentirse necesitada y por ello devuelven un refuerzo narcisista, pero al mismo tiempo les frustran por los abusos a los que se ven sometidas.

Inevitablemente, la agresividad termina por expresarse a través de reproches, somatizaciones o explosiones puntuales de ira que tan sólo logran aumentar la culpa al generar un cuestionamiento de su identidad como “mujer buena”: “me gustaría poder expresar, comentar mi dolor sin sentirme juzgada”. Estas expresiones de rabia devuelven una imagen de inadecuación ante tareas que se asumen “esenciales” en la mujer y que, por ello, deberían poder ser gestionadas con naturalidad y sin esperar reciprocidad. Frente a la censura de la expresión de la agresividad hacia el entorno, es llamativo el contraste con la sádica autoexigencia hacia una misma. Ante cualquier variación en los vínculos interpersonales surge invariablemente la autoinculpación y el temor al abandono “Yo siempre he arañado el cariño [...], si me veías y no me dabas un beso [...], ¿Qué habré hecho?”. La autora hipotetiza que la agresividad originada hacia el otro incuestionable se vuelve hacia una misma: “Yo misma me machaco por todo lo que tengo que hacer y no puedo, no soy una mujer y estoy todo el día enfadada”.

Levinton afirma que este ideal de mujer, cuyo valor depende de la capacidad de mantener el vínculo, se dirige a cumplir con la expresión máxima del ideal de gran cuidadora: el rol de madre. En la maternidad es donde se espera que el ideal de renuncia y de preservación vincular se lleve al extremo. La madre ideal se dedica enteramente a sus hijos y la separación de éstos es vivida como un ataque a la propia identidad. Este ideal también se normativiza y desde el primer momento aparece la culpa y los sentimientos de inadecuación por no poder alcanzar la perfección en algo que se presupone inherente a la mujer. De nuevo se impone a la mujer una exigencia social inabarcable que sin embargo se minusvalora como algo innato, un sacrificio que a pesar de serlo se niega el esfuerzo que requiere.

Finalizo con Levinton que concluye su obra señalando la posible iatrogenia que se puede generar en las mujeres si desde el lugar de terapeutas validamos el orden simbólico patriarcal como el “natural”, reforzando los sentimientos de culpa e inadecuación. Subraya la necesidad de validar los reclamos por las situaciones de asimetría y contradicción al que son sometidas en la sociedad actual, cuestionando el concepto de “mujer buena” y legitimando la puesta de límites a los abusos. Tras esta revisión teórica y regresando al grupo de mujeres que nos ocupa, podemos recoger las siguientes conclusiones en torno a los emergentes grupales:

- La identidad de “fibromiálgica”, por vacía y desadaptativa que parezca, cumple en estas mujeres una función indispensable limitando la culpa por la propia inadecuación y el

vacío identitario por no poder cumplir con el rol de mujeres ideales. Al no poder mantener la “identidad de mujer” tal como la presentan los estereotipos de género, se reconstruyen en torno a la identidad de “fibromiálgica”.

- La intolerancia a la diferencia y los intensos sentimientos de rivalidad que aparecen en la dinámica grupal pueden interpretarse como una reacción defensiva frente a la amenaza que supone a su identidad de fibromialgia y por lo tanto el cuestionamiento de su sufrimiento.
- Las expectativas masivas dirigidas hacia el otro parten de la idealización del vínculo y de una esperanza de reciprocidad que ven continuamente frustrada. Esperan un cuidado total del entorno sin tener que pedirlo, el mismo cuidado omnipotente que ellas buscan proporcionar.
- Las pacientes se ven rechazadas por su entorno y la sociedad que minusvalora su sacrificio y refuerza los sentimientos de culpa e inadecuación. A pesar de ello las pacientes no conciben limitar la dedicación al otro a favor del propio autocuidado ya que su autoconcepto depende del mantenimiento de los vínculos afectivos. Tan solo desde la identidad de fibromiálgica se permiten verse como receptoras de cuidados que, cuando son recibidos, nunca son satisfactorios ni suficientes dado que sus expectativas son imposibles de cumplir.
- El discurso demandante y repleto de quejas aparece como la única expresión de rabia que se permiten las usuarias que se encuentran bajo un sufrimiento muy intenso. Debe entenderse como una búsqueda de la validación externa de su malestar. Al fin y al cabo, es una petición de credibilidad y de cuidado. Aunque las quejas son dirigidas al entorno más próximo, es importante no olvidar la influencia de una sociedad patriarcal que devalúa el papel de lo “femenino” y al mismo tiempo rechaza que éste no se asuma y se cumpla a la perfección.

En este trabajo hemos propuesto ampliar la mirada a través de las lentes de la perspectiva de género para permitir una mayor comprensión de las usuarias del grupo. No obstante, no se puede caer en la pretensión de que este corpus teórico, al igual que ningún otro, explique lo que les pasa a las mujeres diagnosticadas de distimia y fibromialgia en su totalidad. Ambas categorías diagnósticas reúnen cuadros clínicos dispares e individuos con su propia subjetividad no susceptible de sistematización. La teoría de género pone el acento en los imperativos heteropatriarcales presentes en nuestra sociedad y en toda mujer y hombre que pertenezcan a ella. Estos mandatos imponen

deseos desde el exterior que pueden condicionar el origen de malestares diferenciales según el género. Asimismo, pueden empujar a que la expresión del malestar siga una dirección y una forma específica. La perspectiva de género, visibilizando los imperativos heteropatriarcales, amplía la comprensión de la diferente expresión del sufrimiento en mujeres y hombres.

Referencias bibliográficas

- Friedan B. La mística de la feminidad. 2ª ed. Madrid: Ediciones Cátedra; 2016.
- Levinton N. El superyó femenino. 1ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 2010.
- Gabbard G. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. 3ª ed. Madrid: Panamericana; 2002.

INJUSTICIA TESTIMONIAL: ATRAVESANDO LAS FRONTERAS EPISTEMOLÓGICAS EN SALUD MENTAL

Álvaro Cerame del Campo¹, Anthyma Violeta Franco Soler², Paloma Coucheiro Limeres³

¹Residente de Psiquiatría. Instituto Psiquiátrico José Germain alvaro.cerame@salud.madrid.org

²Residente de Psicología Clínica. Instituto Psiquiátrico José Germain anthymavfs@gmail.com

³Residente de Psiquiatría. Instituto Psiquiátrico José Germain. paloma.coucheiro@gmail.com

“La separación entre los dos combatientes a muerte debe sanar de algún modo, de forma que estemos en ambas orillas a un tiempo y veamos, a la vez, con ojos de águila y de serpiente. O tal vez decidamos desentendernos de la cultura dominante, desecharla por completo como una causa perdida y cruzar la frontera hacia un territorio totalmente inédito y separado. O podríamos seguir otro itinerario. Las posibilidades son numerosas una vez que hayamos decidido actuar y no reaccionar contra algo”. (Anzaldúa, 2016, p. 135)

La publicación del libro “Injusticia epistémica” en 2007 (Fricker, 2017) supuso un punto de inflexión en el ámbito de la epistemología social angloamericana y ha generado una serie de interesantes debates que han revitalizado dicho campo de conocimiento. La premisa es sencilla: la injusticia epistémica es un tipo de daño que las personas pueden sufrir en su condición específica de sujetos de conocimiento. La autora considera que existe un vacío en la doctrina epistemológica y ética en lo que atañe a los “aspectos éticos y políticos de nuestra conducta epistémica” (p.19), por ello construye una teoría que se centra en la epistemología de la vida cotidiana y en sus prácticas fundamentales: el acto del testimonio y la forma en la que damos sentido a nuestra experiencia (hermenéutica); a partir de dichas prácticas la autora describe los dos modos fundamentales en los que la injusticia epistémica opera. Por un lado, la *injusticia testimonial* se produce cuando el discurso que una persona articula recibe un menor nivel de credibilidad de lo que debería en otras circunstancias, basado en un prejuicio derivado de la identidad social del sujeto. La autora pone como ejemplo una persona negra denunciando un robo con la consiguiente sombra de duda que podría existir sobre sus palabras. Por otro lado, la *injusticia hermenéutica* ocurre cuando una persona no es capaz de dar sentido a lo que le sucede al existir un vacío en los recursos

interpretativos colectivos a través de los que conocemos. El ejemplo utilizado en este caso es la dificultad que una persona atraviesa cuando sufre acoso sexual en un contexto cultural donde no existe dicho concepto analítico.

Este marco conceptual ha sido extrapolado al ámbito de la medicina por autores como Havi Carel e Ian Kidd (Carel & Kidd, 2014) (Kidd & Carel, 2017) (Blease, Carel, & Geraghty, 2016), quienes analizan la manera en la que las personas enfermas son especialmente vulnerables a esta forma de injusticia dada la asimetría de poder existente entre los pacientes y los profesionales en los contextos sanitarios. A nuestro juicio, la importancia de explorar esta forma de injusticia reside en las consecuencias y los daños que pueden causar al sujeto, tanto a corto como a largo plazo. Esto es especialmente relevante en un contexto profesional en el que es un imperativo ético conocer y tratar de aproximarse a los potenciales males causados por nuestras intervenciones, tal como dicta el principio de no maleficencia.

De manera global, dada la importancia que tienen nuestras capacidades como sujetos de conocimiento en la cultura en la que vivimos, cualquier daño agencial, grupal o institucional contra las mismas atentan contra la dignidad de la persona y potencialmente pueden afectar a la propia concepción de ésta como sujeto, así como al lugar que una ocupa en el orden social. En este sentido, en lo relativo a la naturaleza del daño que se deriva de la injusticia testimonial, existen fundamentalmente dos posturas. La primera, encabezada por la propia Fricker (2017), lo entiende desde la perspectiva de la *cosificación epistémica*, en la medida que se produce una negación de la subjetividad. La segunda postura, cuyo principal exponente es Pohlhaus (2014), entiende que el daño resultante genera una *subjetividad truncada*, una que emerge de la contraposición de una *dialéctica yo-otro* que sustenta las prácticas epistémicas que dan sentido y actúan como soporte de la cosmovisión de las subjetividades predominantemente situadas.

Asimismo consideramos importante señalar dos formas de injusticia epistémica descritas por Hookway (2010): el *prejuicio de participación* y el de *información*; que a su vez, Fricker (2010) concibe como aspectos del prejuicio en la economía de credibilidad del sujeto que causan la injusticia testimonial.

El *prejuicio de participación* hace referencia a cómo las expectativas y los juicios de credibilidad a los que una persona es sometida afectan al sentido de relevancia de esa persona y, por ende, a su participación en las prácticas epistémicas colectivas. Cuando se espera que una persona

hable y contribuya con información relevante, es más probable que lo haga. A largo plazo, esa probabilidad sostenida de mayor participación ayudará a mejorar sus capacidades epistémicas. Imaginemos que una persona sufre un déficit de credibilidad prejuicioso: no se esperará que esa persona hable ni tampoco se considerará que tenga algo relevante que aportar. Por lo tanto, será más difícil para esa persona participar, incluso podrá llegar a abstenerse voluntariamente de hacerlo, debido a la pérdida de confianza epistémica. A largo plazo, el sujeto no desarrollará todo su potencial como agente epistémico, creando una profecía autocumplida en la que se considera que las consecuencias de las prácticas de exclusión son la razón por la que se justifican esos prejuicios en primer lugar.

El *prejuicio de información* ocurre cuando el conocimiento transmitido por el agente se considera irrelevante o se percibe que este carece de la capacidad de proporcionar información significativa en absoluto. Con el tiempo, esto resulta en una construcción de recursos interpretativos colectivos que no representan la realidad de esas comunidades epistémicamente marginalizadas. Además, esas brechas en los recursos interpretativos colectivos sólo pueden ser detectadas por los grupos discriminados, que al mismo tiempo, carecen de credibilidad para señalar esta ausencia. Un ejemplo de esto serían los sesgos de género que existen en el constructo de la cardiopatía isquémica y cómo estos sesgos han permeado a nivel de los manuales y la evidencia con las consiguientes repercusiones que esto genera en la práctica clínica a la hora de realizar un adecuado tratamiento en las mujeres (Maas y Appelman, 2010). Kidd y Carel (2017) argumentan que los pacientes son vulnerables a estos dos tipos de prejuicios y que estas formas de prejuicio, informativas y participativas, podrían considerarse como problemas estructurales de la asistencia sanitaria contemporánea que ayudan a perpetuar las evaluaciones de credibilidad prejuiciosas de las que emergen.

Solo daremos unas pinceladas sobre el daño generado por la injusticia hermenéutica al no ser el objeto de este trabajo, pero diremos que Fricker (2017) lo concibe fundamentalmente como un tipo de asimetría cognitiva que genera individuos y grupos hermenéuticamente marginalizados. Asimismo, Kidd y Carel (2017) plantean que en el caso de las pacientes se puede llegar a producir una doble herida dado que éstas no sólo sufren por aquello que les aflige, sino que en muchas ocasiones también sufren por la imposibilidad de darle sentido. Queremos añadir en este apartado un apunte histórico en el que podemos encontrar reflejado la situación descrita. Nos centraremos en el movimiento feminista y su experiencia para nombrar la situación social de las mujeres a partir de un “problema sin nombre” - como lo definió Friedan en su libro *La mística de la feminidad*

(Herman, 2004)- y cómo se desarrollan herramientas de conocimiento conocidas como “creación de conciencia” y que, como expone Herman en *Trauma y Recuperación*, persiguen la elaboración de un discurso común a todas las mujeres a partir de los propios testimonios de opresión en su vida diaria. De este modo buscan, como lo definió K.Sarachil -una de sus creadoras- “retar a la ortodoxia intelectual imperante” (Herman, 2004,p.57) mediante la construcción de conocimientos a través de la inclusión de las experiencias subjetivas de quienes sufren una determinada desigualdad: se buscaba alcanzar un cambio social, que excediera lo individual, a través del apoyo mutuo y la lucha conjunta. Del mismo modo, mediante otro ejemplo, Herman expone cómo los supervivientes de abuso sexual infantil, tras comprender y nombrar el origen de su sufrimiento psíquico, son capaces de elaborar una nueva identidad exenta de estigmas. Como apunta Carmona (2017), esta visión se contrapone a la manera en la que desde determinadas corrientes de la salud mental algunos de estos problemas han sido conceptualizados como la incapacidad del sujeto de elaborar la experiencia traumática en contraposición a la imposibilidad colectiva de dar sentido a la experiencia por la falta de recursos interpretativos con los que conocemos.

De este modo, la injusticia epistémica está profundamente atravesada por el ejercicio de poder social, entendido éste como “la capacidad socialmente situada para controlar los actos de los demás” (Fricker, 2017, p. 21), que puede actuar activa o pasivamente o en relación de interdependencia. Fricker plantea que habría dos formas fundamentales de ejercer el poder: la agencial y la estructural. La primera se daría cuando determinados agentes sociales (individuos, grupos o instituciones) controlan a otros agentes sociales. La segunda se pondría de manifiesto cuando no podemos identificar un agente concreto que lo ejerza, hallándose el poder socialmente diseminado (si bien siempre recae sobre un objeto). En este contexto el poder operaría de forma holística y las personas seríamos vehiculizadas por éste. No obstante, Fricker considera que el poder agencial es también un fenómeno estructural ya que depende de la coordinación práctica de diversos agentes sociales. En el campo de la salud mental, por ejemplo, el poder de una psicóloga/psiquiatra sobre sus pacientes a la hora de estipular un diagnóstico o de elaborar un informe forense depende del contexto social del conjunto de las instituciones sociosanitarias, de los sistemas diagnósticos vigentes, de las ayudas públicas, etc. Por tanto, el poder agencial dependería de la alineación social.

En este sentido, cabe señalar que además de la coordinación social práctica entre los agentes, Fricker (2017) habla de una forma de poder social, el poder identitario, que requiere de la coordinación, en el imaginario colectivo, de las concepciones de las diferentes identidades sociales. Éste se puede ejercer de forma activa por ejemplo, en el caso de la salud mental, para que la

paciente se rinda ante la autoridad de la práctica discursiva paternalista de la profesional. También podría ejercerse de forma pasiva si por el mero hecho de estar ante una profesional la paciente se inhibe verbalmente. Así en este caso emerge la concepción de lo que significa ser cuerdo o loco o de ser profesional o paciente, que actúan conjuntamente con otras formas de poder identitario (v.g. género, racialización y/o clase).

Consideramos que esta forma de poder es particularmente digna de ser contemplada puesto que, además de formar “parte intrínseca del mecanismo del intercambio testimonial debido a la necesidad que tienen los oyentes de utilizar estereotipos sociales en la estrategia heurística para la valoración espontánea de la credibilidad de sus interlocutores” (p. 40), sus lógicas se activan de forma automática a pesar de nuestras creencias, pudiendo llegar a incidir en nuestras acciones aunque “ninguna de las dos partes acepte de forma consciente que el estereotipo es veraz” (p. 38). De este modo, cuando los prejuicios son engañosos pueden suponer un perjuicio para la hablante, pues además de producirse una disfunción ética y epistémica, con la consiguiente pérdida de conocimiento, ésta es desautorizada como sujeto de conocimiento, con el daño que ello implica.

Por consiguiente, compartimos con Fricker (2017) la necesidad de incorporar marcos interpretativos socialmente situados, en particular en el campo de la epistemología, que tradicionalmente ha concebido a las participantes de las relaciones epistémicas abstrayéndolas de las relaciones de poder social. Es decir, reivindicamos la politización de nuestras formas de concebir las relaciones epistémicas, en las que se (re)producen relaciones de poder entre tipos sociales. Este es el caso de las ciencias *psi*, que ejercen un papel “regulador del sufrimiento psíquico y las conductas consideradas socialmente como excéntricas o anormales a través del diagnóstico y el tratamiento” (Ortiz y Huertas, 2018; p.110) y que a través del modelo biomédico sostienen “una configuración paternalista en la atención, donde la profesional es la experta que sabe lo que necesita el paciente y tiene incluso el poder de obrar sin su consentimiento (p. 111 Ortiz)”, contexto idóneo para que se produzcan situaciones de injusticia testimonial, como ilustraremos a continuación a través de una serie de viñetas clínicas.

Viñeta 1

Acude al servicio de urgencias una paciente de 35 años por dolor de garganta, febrícula y mialgias de 3 días de evolución. La paciente, natural de Guinea Ecuatorial, lleva en España desde su infancia y presenta un diagnóstico de Esquizofrenia de larga data, estable desde hace varios años. Al llegar a la urgencia es triada para psiquiatría con la etiqueta «paciente con historial significativo en salud mental». Al poco de empezar la

valoración, la paciente se muestra extrañada de que le vea una psiquiatra, se aclara el motivo de consulta y se deriva al circuito general de la urgencia.

Esta viñeta nos permite observar la naturaleza interseccional de los prejuicios en la economía de credibilidad que pesan sobre el sujeto. La paciente está *marcada* por su condición racializada, de enferma mental y de género. No podemos hablar de tres condiciones que actúen de manera independiente sino que son categorías coconstitutivas que generan un *yo*. Un *yo* que ocasionará, como señala Fricker (p.56), un prejuicio identitario que perseguirá al sujeto a través de las diferentes dimensiones de su actividad social. Por ello, podemos ver representada en esta viñeta lo que Fricker califica de injusticia testimonial sistemática, en la que el sujeto es vulnerable a los múltiples tipos de injusticia existentes.

Asimismo, nos parece que resalta las repercusiones a largo plazo en el ámbito de la salud que se pueden dar en todos aquellos que se encuentran en una situación de déficit de credibilidad. Se producirán retrasos en el tiempo de diagnóstico, se harán categorizaciones diagnósticas erróneas o se omitirán cuadros activos. Todo ello podrá aumentar las tasas de morbi-mortalidad en los sujetos atendidos, teniendo esto una especial importancia en la responsabilidad ética de las facultativas. No obstante, es una responsabilidad difícil de advertir en un primer momento ya que no se trata de un daño directo y no contamos con andamiajes conceptuales a través de los cuales comprender lo que está sucediendo. Del mismo modo, no se trata de exclusivamente de una carga de responsabilidad individual sino que al tener el ejercicio del poder un carácter estructural- en este caso responsabilidad a nivel institucional-, la responsabilidad también existiría a nivel colectivo e institucional. Aquí aparecería el citado *perjuicio de información*¹ y cómo este afecta a la construcción de la evidencia disponible, la capacidad de detectar determinadas presentaciones clínicas, así como la manera en la que se puede llegar a organizar la asistencia sanitaria. Es a raíz de entender que esto pueda suceder como se pueden empezar a tomar medidas que palien este tipo de situaciones y la toma de responsabilidad tiene que empezar a través de, en primer, lugar entender

¹Podemos ver otro ejemplo de lo comentado hasta ahora en un experimento realizado por Green et al. (2007) con el fin de estudiar la relación entre la presencia actitudes raciales implícitas y los procesos de toma de decisiones médicas en pacientes con síndromes coronarios agudos. El estudio apunta a que los médicos que participaron en su estudio y afirmaban que no tenían ningún sesgo racial tenían, de hecho, una puntuación alta en el examen de asociación implícita y que aquellos médicos que obtuvieron una puntuación alta en esas pruebas tendían a tener una tasa menor de prescripción de medicación trombolítica en los casos donde estaba clínicamente indicado. La importancia de este experimento es que muestra que los prejuicios en la economía de credibilidad tienen un efecto más directo y pernicioso que cosificar o excluir epistemológicamente a los pacientes, en ciertos casos, puede afectar la decisión clínica cuando se trata de tratamientos sin los cuales una persona puede perecer. No sería, por tanto, descabellado pensar que esta misma situación pueda darse en personas con problemas de salud mental.

que este fenómeno ocurre y, en segundo lugar, empezar a pensar en soluciones para mitigarlo.

Viñeta 2

Acude al servicio de urgencias un varón de 40 años con seguimiento en salud mental desde hace dos décadas con un diagnóstico de trastorno de personalidad paranoide. Se encuentra en tratamiento en un centro de rehabilitación psicosocial y con neurolépticos a dosis bajas con fines hipnóticos. Es considerado como un paciente “hiperfrecuentador” de la urgencia del hospital de zona donde suele consultar sobre síntomas que revisten baja gravedad como insomnio o ansiedad. En el día en cuestión, el paciente llega a la urgencia por la tarde y el motivo de consulta es insomnio. La atención al paciente es llevada a cabo por una residente de primer año, que conoce al paciente de alrededor de 4 consultas más y que objetiva sintomatología hipomaniaca que el paciente no había presentado con anterioridad. La residente consulta telefónicamente con el adjunto de guardia y le cuenta el caso, señalando como dato novedoso la aparición de la citada sintomatología. El adjunto, que también conoce al paciente, le plantea a la residente que no parece que se trate de un cuadro hipomaniaco, sino que es algo más caracterial, se indica el alta clínica y se incide en que consulte a sus terapeutas de referencia en un plazo breve de tiempo. Una semana después el paciente ingresa por un episodio maniaco.

El elemento más importante que queríamos resaltar con la viñeta tiene que ver con la manera en que puede operar la injusticia testimonial a través de varios niveles. Por un lado, en el plano de la identidad social médica (residente-facultativo), el relato de la residente no es tenido en cuenta dado el peso de la historia previa del paciente como frecuentador, su diagnóstico de base y su relativa estabilidad durante años. En este sentido, el hecho de que existiese este juicio previo respecto al paciente podría no ser considerado una forma de injusticia que emana de déficit en la economía de credibilidad del sujeto, sino un juicio previo fundado. No obstante, el hecho de negar en cierta medida la participación de la residente como informante supone una forma de injusticia en sí misma. Esto resulta indirectamente en una forma de injusticia hacia el paciente, dadas las repercusiones que tiene para él minimizar su demanda de ayuda que podría dar lugar a otro tipo de intervenciones como una observación más larga o un ingreso.

La viñeta nos permite poder explorar una limitación del marco de Fricker: centrarse en los intercambios testimoniales particulares. Para la autora lo que sufre la residente no podría ser considerado del todo una forma de injusticia epistémica dada su posición predominantemente situada en relación al paciente y la ausencia de repercusiones negativas inmediatas hacia su persona. Por ello creemos que las aportaciones de Dotson (2014) y su concepto de *opresión epistémica* son relevantes en la medida que permiten explorar múltiples formas de injusticia sin menoscabar la magnitud de la opresión. Para la autora este concepto describe “la exclusión epistémica persistente que dificulta la contribución del sujeto a la producción de conocimiento” (p.1; traducción propia).

Por tanto, en este caso, tanto el paciente como el residente sufrirían una forma de injusticia testimonial. No obstante, esta podría resultar en una forma de opresión epistémica hacia el primero al perpetuar una forma de exclusión persistente, pero en lo relativo al residente esta injusticia podría tener otra función resultando en el desarrollo de formas de actitudes epistémicas (vicios y virtudes) que sustentan las formas de conocer predominantemente situadas (Cerame, 2017) (Medina, 2013).

Viñeta 3:

Paciente de 44 años diagnosticada de distimia y alcoholismo crónico de larga evolución, que es derivada a la urgencia por un problema somático. A su llegada a la urgencia solicitan ITC a psiquiatría puesto que la paciente se encuentra con un elevado cuadro de ansiedad. A la valoración la paciente refiere una conflictiva familiar ocurrida en la últimas semanas. Indica que sus familiares, que conviven con ella, le han robado dinero que guarda en su casa. Presenta antecedentes de múltiples consultas a la urgencia por alteraciones conductuales tras discusiones familiares en contextos en los que la paciente presenta un estado de ebriedad elevado. La paciente suele mantener un relato externalizador de la problemática familiar y minimizador de su papel en la misma.

Introducimos esta viñeta por la problemática desencadenada en el facultativo que le atiende. Éste presenta una incapacidad para validar el discurso de la usuaria debido a la experiencia previa que presenta en su relación terapéutica, que con el paso del tiempo ha incurrido en una disminución paulatina de su credibilidad.

El facultativo establece un distanciamiento emocional con la paciente, sosteniendo su malestar actual pero recogiendo la problemática familiar de fondo sin demasiado interés. Nos parece importante señalar dicha actitud puesto que creemos que se trata de una situación compleja que podemos observar en nuestra práctica diaria. Desde el marco teórico de la injusticia epistémica nos gustaría señalar que se trata de un caso complejo por los posibles agravios que se pueden cometer contra la paciente debido al déficit de credibilidad por el prejuicio identitario que a priori se le otorga. Queremos señalar, como hemos expresado a lo largo del escrito, que dicho prejuicio podría ocasionar no solo un daño circunstancial en el sujeto sino un daño epistémico, que de manera consecuente haría mella en los diversos aspectos de la actividad social y que en última instancia podría llegar a relegarla a un rol pasivo en la práctica discursiva, degradándola de sujeto a objeto, es decir, dejándola sin capacidad de aportar conocimiento y por ello *cosificándola epistémicamente*.

Sin embargo, esta viñeta también trae a colación los límites que presenta el marco que abordamos. Se trata de aquello que en determinados contextos puede no estar produciendo un daño ético o epistémico y que por lo tanto no pertenece al orden de la injusticia. Fricker denomina *errores inocentes* a aquellas situaciones que, aún generando una disminución de la credibilidad del

sujeto, no están derivadas de un juicio atravesado por conflictos de carácter ético. Del mismo modo, también existirán ocasiones en las que un sujeto presente un déficit de credibilidad reactivo a hechos reiterados y fundados en la experiencia propia del oyente, que ha generado heurísticos de credibilidad empíricamente fiables. En este caso tampoco estaríamos hablando de injusticia epistémica. Pese a estas aclaraciones, que nos parece oportuno señalar, no pretendemos dilucidar o sentenciar la viñeta presentada, tan solo desarrollar otros planos del marco que tratamos para incitar al lector a una reflexión crítica.

DISCUSIÓN

Hemos querido traer el marco de la injusticia epistémica al ámbito de la salud mental dado que el objeto de nuestra práctica está estrechamente vinculado con la realidad epistémica de la persona, es decir aquella que tiene que ver de forma específica con ser un sujeto de conocimiento y los malestares que se derivan de ello. Además, tanto el corpus teórico como la práctica clínica dependen, o deberían depender, del testimonio de los pacientes así como de la interpretación que realizan de su propia experiencia. Estos dos hechos conjuntamente hacen de nuestro campo un terreno fértil para la injusticia epistémica. Esta óptica permite entender, como señalan Crichton et al. (2017), cómo y por qué, a pesar de una buena predisposición, los profesionales de la salud mental con frecuencia no creen a sus pacientes, y esta mirada nos permitiría tratar de revertir una práctica a menudo inconsciente, que daña a los sujetos de conocimiento y también va en detrimento de la práctica clínica.

A lo largo del artículo hemos analizado cómo la injusticia epistémica testimonial se puede manifestar de varias maneras en el contexto de los servicios de salud mental y hemos problematizado sobre los posibles daños que se pueden derivar de la misma, ya sea en un momento inmediato, como las repercusiones que esto puede generar a nivel de la participación de los sujetos y la construcción de los recursos interpretativos colectivos. Asimismo creemos que el propio concepto de la injusticia epistémica es emancipador en la medida que permite nombrar y dar sentido a un conjunto de experiencias de daño que hasta ahora difícilmente podían ser nombradas. No obstante, consideramos que, conjuntamente con un cambio de paradigma epistémico, son fundamentales, y de hecho ya se están produciendo, movimientos emancipatorios desde los márgenes. Es importante no caer en la *retórica de los comienzos* (Pohlhaus, 2017) que supone que

cuando aparezca un nuevo marco pueda dar la impresión de que nada ha existido con anterioridad. El empoderamiento de las personas marginalizadas a través de la generación de espacios de creación de conocimiento colectivo se ha convertido en los últimos años en uno de los principales motores de transformación de las prácticas en salud mental, un ejemplo de esto serían los llamados movimientos en primera persona o los *mad studies*. Asimismo, estas corrientes han llegando a permear en la institución con modelos como el de los *Cuidados conscientes del trauma* (Sweeney et al., 2016) o el marco de *Poder, amenaza y significado* (Johnstone et al., 2018). Estos espacios también han jugado un papel importante en la denuncia de la vulneración de los derechos de las personas psiquiatrizadas. Así, se dibujan varios frentes desde los que combatir la injusticia epistémica.

Por todo ello, creemos necesario realizar un análisis crítico de la práctica diaria en la que pueden aflorar dichos agravios, asumiendo con ello responsabilidades individuales y colectivas. Consideramos que se debe reconstruir el marco de conocimiento en el que nos encontramos con el fin de modificar el imaginario colectivo que provoca —como hemos visto a lo largo del texto— diferentes formas de injusticia epistémica testimonial. Entre algunas de las herramientas que propone Fricker (2017) para lograr dicho objetivo se halla la *sensibilidad de escucha*, entendida como la sensibilidad testimonial que se adquiere a través de la reflexión crítica de las experiencias socioculturales individuales y colectivas. Con este término pretende acercarnos, mediante una sensibilidad entrenada, a la realización de una escucha inclusiva espontánea. Es decir, en nuestra opinión, la pretendida neutralidad, la llamada suspensión del juicio, no es más que otro mecanismo de sustentación del *status quo*. Así, para cuestionarlo debemos, ineludiblemente, desenmascarlo y eso pasa por la *consciencia del prejuicio*, de las formas en que habita nuestra mirada. Solo de ese modo, estaremos menos presas de su influencia.

En último término, nos gustaría señalar que las conocedoras predominantemente situadas, en este caso las profesionales de la salud mental, también sufren/sufrimos de injusticia epistémica (Cerame, 2017) (Medina 2013). Ello no justifica que a su vez ejerzamos un lugar de opresión epistémica, ni diluye nuestra responsabilidad ética. Sin embargo, implica un cambio de paradigma, yendo más allá de la individualidad de la *dialéctica del amo y el esclavo* (que invisibiliza las lógicas estructurales del poder), al considerar no solo las responsabilidades individuales, sino también las grupales y las sistémicas, es decir, al analizar los diferentes niveles en que opera la injusticia epistémica en un contexto sociohistórico determinado (Medina, 2011). Con ello no pretendemos igualar el daño y la opresión sufridos por las profesionales al sufrido por las pacientes, pero sí

consideramos imprescindible incluir ambos niveles de análisis pues esto nos permitirá comprender el fenómeno de la injusticia epistémica en toda su complejidad. Solo así podremos plantearnos una transformación real de las lógicas de opresión que se juegan en nuestra práctica clínica: siendo realmente conscientes de nuestro papel como *conocedoras situadas* (Haraway, 1995) inmersas en una red de identidades coexistentes y cambiantes, también en lo que al ejercicio de poder se refiere.

BIBLIOGRAFÍA

- Anzaldúa, G. (1987). *Borderlands, La Frontera*. In A. L. Books (Ed.), *Borderlands/La Frontera: The New Mestiza*. San Francisco, CA.
- Blease, C., Carel, H., & Geraghty, K. (2016). Epistemic injustice in healthcare encounters: evidence from chronic fatigue syndrome. *Journal of Medical Ethics*. Retrieved from <http://jme.bmj.com/content/early/2016/12/05/medethics-2016-103691.abstract>
- Carel, H., & Kidd, I. J. (2014). Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 529–540. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9560-2>
- Carmona Osorio, M. (2017). Paradigmas en estallido: Epistemologías para una ¿post? psiquiatría. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132). Retrieved from <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17019>
- Cerase, Alvaro (2017). *Epistemic injustice in doctors*. [Master's dissertation]. King's College London. London, UK
- Dotson, K. (2014). Conceptualizing Epistemic Oppression. *Social Epistemology*, 28(2), 115–138. <https://doi.org/10.1080/02691728.2013.782585>
- Fricker, M. (2010). Replies to Alcoff, Goldberg, and Hookway on Epistemic Injustice. *Episteme*, 7(2), 164–178. <https://doi.org/DOI: 10.3366/E1742360010000894>
- Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica* (Herder Editorial). Barcelona, Spain.
- Green, A. R., Carney, D. R., Pallin, D. J., Ngo, L. H., Raymond, K. L., Iezzoni, L. I., & Banaji, M. R. (2007). Implicit Bias among Physicians and its Prediction of Thrombolysis Decisions for Black and White Patients. *Journal of General Internal Medicine*, 22(9), 1231–1238. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0258-5>
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid, España: Espasa.

- Hookway, C. (2010). Some Varieties of Epistemic Injustice: Reflections on Fricker. *Episteme*, 7(2), 151–163. <https://doi.org/DOI: 10.3366/E1742360010000882>
- Johnstone, L., & Boyle, M. (2018). *The Power Threat Meaning Framework*. BPS. <https://doi.org/10.1108/17465641211279798>
- Kidd, I. J., & Carel, H. (2017). Epistemic Injustice and Illness. *Journal of Applied Philosophy*, 34(2), 172–190. <https://doi.org/10.1111/japp.12172>
- Maas, A., & Appelman, Y. E. A. (2010). Gender differences in coronary heart disease. *Netherlands Heart Journal*, 18(12), 598–602. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3018605/>
- Medina, J. (2011). The Relevance of Credibility Excess in a Proportional View of Epistemic Injustice: Differential Epistemic Authority and the Social Imaginary. *Social Epistemology*, 25(1), 15–35. <https://doi.org/10.1080/02691728.2010.534568>
- Medina, J. (2013). *The Epistemology of Resistance: Gender and Racial Oppression, Epistemic Injustice, and the Social Imagination*. New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199929023.001.0001>
- Ortiz, A., Huertas, R. (Coordinadores). (2018). *Críticas y alternativas en psiquiatría (Catarata)*. Madrid, España.
- Pohlhaus, G. (2014). Discerning the Primary Epistemic Harm in Cases of Testimonial Injustice. *Social Epistemology*, 28(2), 99–114. <https://doi.org/10.1080/02691728.2013.782581>
- Pohlhaus, G. (2017). Chapter 1: Varieties of Epistemic Injustice. In *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. New York, NY: Routledge.

GRUPO DE TERAPIA EN LA UNIDAD DE AGUDOS: UN ESPACIO PARA LA PUESTA EN COMÚN Y LA COMPRENSIÓN DEL PROCESO DURANTE EL INGRESO

María Carnicer Castaño, Marina Esparza Barandiaran, Bárbara Ordóñez Méndez, Rafael Pinilla Zulueta

*Residentes MIR psiquiatría Hospital Universitario de Getafe

Justificación y estado de la cuestión

El ingreso hospitalario en una unidad de agudos de Psiquiatría es en la mayor parte del tiempo un proceso individual y solitario para el paciente. En un momento de crisis, la persona es internada en un espacio cerrado, lejos de sus familiares y círculo social, con un grado variable de comprensión sobre lo que está sintiendo. Conviven pacientes con diagnósticos diversos, en diferentes momentos tanto de su vida personal como en lo que concierne a su historia de seguimiento en Salud Mental. El potencial de apoyo mutuo y ayuda a la comprensión individual mediante la puesta en común grupal diaria hace que cada vez sean más las unidades de pacientes hospitalizados en servicios de Psiquiatría que proponen la puesta en marcha de grupos de psicoterapia como parte del tratamiento de ingreso. En esta comunicación se propone describir la reciente reanudación del grupo psicoterapéutico de la Unidad de Agudos del Hospital Universitario de Getafe así como las dificultades de puesta en marcha y los logros percibidos.

Contextualización del grupo terapéutico de la UHB del Hospital U. de Getafe

Tras 2 años de pausa, en enero 2019 se lleva a cabo la puesta en marcha del grupo psicoterapéutico de la Unidad de Hospitalización breve del Hospital Universitario de Getafe. Previamente, se había desarrollado durante varios años, siendo la presión asistencial y la escasez de recursos humanos la principal causa de la suspensión en su momento. Al tener una clara impresión por parte del equipo de la importante influencia del grupo en la evolución y la calidad del ingreso del paciente, se ha valorado la posibilidad de volver a realizarlo como uno de los objetivos

principales de la UHB.

Se trata de una Unidad de Agudos de 14 camas que atiende a una población de 230.000 habitantes (poblaciones Getafe y Pinto). En el grupo participan todos los pacientes de la planta como parte del tratamiento, así como parte el personal de la unidad: 3 psiquiatras, 2 residentes, 1 enfermera y 1 auxiliar sanitario, así como los residentes MIR y PIR rotantes en el servicio. El grupo dura una hora de 12.30 a 13.30 y está seguido de un espacio de 15 minutos de post-grupo en el que el equipo pone en común sus impresiones. Cabe resaltar que el tiempo del grupo terapéutico es el único en el que todo el equipo comparte tiempo con los pacientes al unísono, con la posibilidad de poder intervenir y participar en él. Esta característica es ya de por sí valiosa tanto para el proceso terapéutico del paciente como para la coordinación de los diferentes profesionales que participan del tratamiento. La realidad y los tiempos de las unidades de agudos muchas veces dejan pocos espacios de diálogo que pueden prestar a malentendidos o contradicciones entre los recursos humanos. La existencia de un momento grupal nos parece necesaria para minimizar dichos problemas en la medida de lo posible.

El grupo tiene sus bases teóricas en la psicoterapia analítica de grupo, si bien son muchas las particularidades del encuadre. Los objetivos iniciales planteados son ofrecer un espacio de acogida inicial y contención, trabajar las dificultades relacionales dentro del grupo de pacientes así como entre pacientes y personal, apoyar en el proceso de asimilación y comprensión de la situación de crisis, fomentar la expresión personal libre de cada paciente así como las identificaciones entre todos los integrantes. La práctica nos deja ver que en este particular encuadre la mayor parte de los pacientes tiene un diagnóstico de Trastorno mental Grave, lo cual se ve traducido en un mal funcionamiento a nivel de la realidad y diferentes grados de regresión psíquica, predominando el proceso primario y los mecanismos de defensa primitivos (1). En este contexto el entorno del paciente supone un apoyo esencial. La existencia de una parte grupal en el tratamiento adquiere valor en sí mismo.

Encuadre grupal

El mantenimiento de un encuadre diario resulta particularmente importante en el contexto de una UHB. Para ello, se procede en cada sesión con una misma estructura. Primero se invita a todos los pacientes ingresados a participar diariamente en el grupo, siendo exentos únicamente los que por indicación clínica se considere que no se beneficiarían de él (pacientes agitados, con alto nivel de sedación, confusos o con episodio reciente de hetero-agresividad). Cada sesión comienza con una presentación de cualquier paciente nuevo que se incorpore. Posteriormente se invita a que alguno de

los pacientes pueda recordar lo hablado en el grupo el día previo, y a través de este tema inicial, se desarrolla el grupo siguiendo las intervenciones que van surgiendo. En la conducción de este tipo de grupos hay que ser muchas veces más directivo, utilizando intervenciones que movilicen a los pacientes y les animen a interactuar en ellos. Labor del conductor es también fomentar que se hable de los problemas identificados en la Unidad en el propio grupo ya que tratarlos en este espacio mejora la prueba de realidad. En general facilita realizar intervenciones concretas y dirigidas a los contenidos emergentes del grupo, ya que las interpretaciones más elaboradas pueden en muchos casos favorecer la confusión en este tipo de pacientes. Para finalizar, se invita a que los pacientes que vayan a ser dados de alta se puedan despedir realizando un balance de lo que se llevan personalmente del ingreso y del grupo en particular.

Durante cada sesión se ponen en evidencia múltiples identificaciones entre los pacientes a través de las cuales refieren en muchos casos poder comprender mejor su propio proceso. Se evita en cualquier caso hablar de diagnósticos concretos o de tratamientos farmacológicos, centrándose el grupo en poner palabras al malestar y al sufrimiento en crisis de cada integrante así como a tratar temas de la vida cotidiana que salen a colación. La recogida de emergentes se realiza de manera en el espacio de reunión posterior al grupo y se observa así que temas como el proyecto vital laboral o de pareja, así como la relación con los familiares o amigos son los temas más habituales tratados en la terapia grupal. Al mismo tiempo temas como la autonomía, la solvencia económica o de dependencia son tratados en el grupo, el cual permite la coexistencia de pacientes en diferentes momentos de evolución y el aprendizaje mutuo.

El feedback que los pacientes devuelven sobre el tratamiento grupal es ampliamente satisfactorio, rescatan en su mayoría la posibilidad de poner en común preocupaciones con sus compañeros y relacionarse con los profesionales fuera de la consulta individual que supone quizá un entorno más forzado y artificial y ofrece una visión más jerárquica y parcial del paciente y su malestar. Si es cierto que en algunos momentos el conflicto grupal excede a lo tolerable en este contexto y se ha llegado a invitar a algún paciente a salir al estar entorpeciendo la dinámica grupal lo cual es agradecido por el resto del grupo para poder así continuar con el trabajo.

Conclusiones

Así, tras un periodo de algunos años, se logra volver a tener un espacio grupal donde los pacientes ingresados y el conjunto del equipo de la Unidad ponen en común durante 1 hora sus inquietudes, exponen sus angustias y tratan temas de coordinación en el propio dispositivo. Desde el rol del observador participante, se observa la capacidad de cohesión e identificación entre los

pacientes a través de la consecución de un clima emocional de confianza y respeto, que fomentan la conexión con la historia vital del paciente así como con su parte más sana dentro de su relato. Dentro de la dinámica más individual y personalizada de la UHB, el espacio grupal es valorado por el conjunto de pacientes como el más productivo a lo largo del ingreso de manera significativa. El valor rescatado por los profesionales y especialmente por los residentes en formación es fundamental para poder conocer a los pacientes de manera más integral y relacional en un contexto de comunidad como el la Unidad de Agudos. Estas conclusiones iniciales nos hacen pensar en el reto de establecer el tratamiento grupal como necesario y por ello protocolizado quizá a futuro como parte del tratamiento establecido en el conjunto de plantas de hospitalización de agudos a nivel nacional.

Bibliografía

- (1) Gómez E., Martín F., Martínez A. Psicoterapia de grupo en la Unidad de hospitalización breve. En: Gamo E, coordinador. Ante la mirada de los otros. Guía de terapias grupales. Ediciones Libertarias. Madrid 2007. P 217-233.
- (2) Martín B., Martínez J.M. Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Madrid vol.29 (no.1):p 79-96
- (3) Belloso J.J, Díaz, M., López T. Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2015.vol.35 (no.128) 759-774
- (4) Brabender V. Terapia de grupo con pacientes ingresados. En: Kaplan H. I. y Sadock B.J. Terapia de grupo. Editorial médica Panamericana. Madrid 1996

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN SALUD MENTAL

Clara Cocho Santalla¹, Ignacio Vera López²

¹Psiquiatra del Hospital Universitario Infanta Cristina. CSM de Parla. Madrid.

²Psiquiatra del Hospital Gregorio Marañón. CSM de Moratalaz. Madrid.

Correspondencia: c.cocho@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La evaluación de los síntomas como medida de la calidad asistencial en salud no parece reflejar todos los aspectos que los usuarios consideran importantes (*Doughty 2011, Rose 2011, Boyer 2009, 2013, Baumstarck 2013*). Es por ello que la evaluación de la satisfacción percibida ha obtenido una atención creciente en el campo de la salud en los últimos años (*Doughty 2011, Rose 2011*).

La satisfacción de los usuarios es, por tanto, una fuente de información esencial para la detección de problemas y para el desarrollo de planes eficaces de acción para la mejora de la calidad en las organizaciones sanitarias constituyendo un indicador efectivo para la puesta en marcha de programas de mejora continua de la calidad (*Laine 1996, Boyer 2013, Jackson 1997, Cleary 1988, Levine 1997*).

La insatisfacción con la atención recibida en los ingresos en unidades de psiquiatría de agudos está bien documentada en la literatura. Las unidades de hospitalización psiquiátrica son a menudo vistas como entornos inseguros, con altos niveles de violencia verbal y/o física y en ocasiones los usuarios refieren no sentirse tratados con respeto o dignidad (*Department of Health 2002, MIND 2004*). También se han calificado las unidades de hospitalización psiquiátrica como entornos no terapéuticos, presentando queja de la escasa implicación e interacción de los

profesionales, de la falta de información sobre los tratamientos recibidos, condición clínica o de la escasez de actividades (*Edwards 2008, Ford 1998, Shattell 2008, Walsh 2009, MIND 2004*). Las medidas coercitivas tales como el aislamiento, la contención o las restricciones a las salidas durante el ingreso generan importante malestar en los pacientes y pueden afectar negativamente a la satisfacción con la atención recibida (*Eriksson 1995, Gardner 1999, Kjellin 1997, Svensson 1994*). Diversos estudios demuestran como la evaluación de la satisfacción percibida predice la comprensión de la información que se proporciona al paciente, la rapidez en solicitar ayuda ante futuras descompensaciones, la adherencia al tratamiento farmacológico y la continuidad en el seguimiento tras el alta (*Cleary 1988, Fitzpatrick 1991, Ware 1983, Druss 1999, Bowersox 2013, Druss 1999, Chue 2006*).

Dicho lo previo, parece necesaria la participación activa de los pacientes en la organización, la prestación, la evaluación y el seguimiento de los servicios de salud mental con el fin de que el cuidado y el tratamiento respondan más adecuadamente a sus necesidades.

En este sentido, el *Plan de Acción de Salud Mental de 2013-2020 de la Organización Mental de la Salud* hace hincapié en la necesidad de una participación activa de los pacientes en la organización, la prestación, la evaluación y el seguimiento de los servicios de salud mental con el fin de que el cuidado y el tratamiento respondan más adecuadamente a sus necesidades. La *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013* y *Plan Estratégico de Salud Mental de la CAM 2018-2020* hacen referencia a la necesidad de potenciar la participación de las personas que padecen trastornos mentales en el sistema sanitario público y de que las unidades de psiquiatría adecuen progresivamente sus espacios, equipamiento, mobiliario, dotación de personal y organización interna a las necesidades particulares de los usuarios.

HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

Los resultados percibidos por los pacientes deberían recabarse mediante instrumentos validados. El empleo de cuestionarios autoadministrados es la manera más eficaz de medir la satisfacción de los usuarios (*Crow 2002*).

En una revisión sistemática de los cuestionarios autoadministrados para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida durante el ingreso psiquiátrico, *Boyer et al.* alertaban de las deficiencias en el proceso de validación de la mayor parte de los cuestionarios analizados, que variaban considerablemente en cuanto a su estructura, contenido, proceso de generación, nivel de documentación y propiedades psicométricas. Señalaban también cómo ninguno de los instrumentos había sido desarrollado priorizando la perspectiva de los usuarios, sino teniendo

en cuenta principalmente la visión de los clínicos y de los profesionales (*Boyer L 2009*).

Esto pondría de manifiesto la resistencia que aún existe por parte de los profesionales a la hora de reconocer el papel de los pacientes de cara a orientar las investigaciones y las políticas en salud mental (*Hopkins 2009*).

OBJETIVOS DEL PROYECTO

En nuestro entorno parece no existir una herramienta específica, debidamente diseñada y validada, para evaluar la satisfacción de los pacientes psiquiátricos con los ingresos por lo que el diseño y validación de un cuestionario autoadministrado que explore la satisfacción percibida durante los ingresos psiquiátricos parece pertinente. Creemos que ello permitiría orientar las políticas de calidad sanitaria y mejorar la atención de los usuarios.

Es por ello que en marzo de 2018 iniciamos un estudio con un triple objetivo: 1) diseñar y validar un cuestionario que valore la satisfacción percibida por los pacientes respecto a la atención recibida durante el ingreso psiquiátrico, 2) Estimar el grado de satisfacción percibida existente entre los pacientes con los ingresos psiquiátricos y 3) Explorar la relación entre la satisfacción percibida y los factores sociodemográficos individuales, las características clínicas, así como las condiciones y características de la hospitalización entre los usuarios de las unidades de hospitalización breve del del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Planteamos un estudio descriptivo de corte transversal y multicéntrico, a desarrollar en las unidades de hospitalización breve de psiquiatría de los hospitales públicos del Servicio Madrileño de Salud.

La población de estudio la componen los pacientes que hayan tenido al menos un ingreso en cualquiera de las unidades de hospitalización breve de psiquiatría del Servicio Madrileño de Salud.

Los criterios de inclusión de los pacientes a la muestra son: 1) haber alcanzado la mayoría de edad (18 años), 2) tener capacidad para prestar el consentimiento informado por escrito para participar en el estudio y 3) gozar de un nivel de comprensión y habla aceptable del idioma castellano.

Las fuentes empleadas para la obtención de información han sido por una parte la encuesta autoadministrada de satisfacción percibida por los pacientes durante los ingresos psiquiátricos y por otro los cuestionarios con los factores sociodemográficos, las variables clínicas y las características

de la hospitalización, diseñados para tal fin.

ETAPAS DEL ESTUDIO

1- Diseño del cuestionario

En primer lugar, se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación Clínica y de la Subdirección General de Calidad Asistencial de la Comunidad de Madrid.

Se solicitó asesoramiento epidemiológico, estadístico y psicométrico previo al inicio del proyecto con el objetivo de que se orientara en los aspectos metodológicos y de validación previamente al diseño del cuestionario.

El diseño del cuestionario autoadministrado fue llevado a cabo por el equipo coordinador. Con tal fin, se llevó a cabo una revisión sistemática de las publicaciones existentes sobre encuestas de satisfacción percibida por los usuarios respecto a la atención y los cuidados recibidos durante la hospitalización psiquiátrica. Para ello se realizó una búsqueda en PubMed introduciendo los términos MeSH “inpatient satisfaction” AND “questionnaire” AND “psychiatry”.

Se elaboró un cuestionario compuesto con 40 ítems que se respondía mediante una escala de Likert de 5 puntos. El cuestionario explora distintas dimensiones consideradas importantes para los usuarios: información clínica, tratamiento farmacológico, atención general, cuidados sanitarios, actuaciones no farmacológicas, servicios, seguridad y privacidad, normas, coerción y satisfacción global.

Se diseñaron igualmente dos cuestionarios más que recogían factores individuales, variables clínicas y características de la hospitalización potencialmente asociadas con la satisfacción percibida.

Tras el diseño se llevó a cabo validación factual y del contenido a través de grupos de pacientes y paneles de expertos. Participó un grupo de 15 profesionales con experiencia-conocimientos en psiquiatría clínica, metodología de la investigación y/o gestión sanitaria y un grupo compuesto por 15 pacientes mayores de edad, con al menos un ingreso psiquiátrico en el SERMAS en los últimos 2 años, con comprensión del castellano y capacidad para consentir.

2- Trabajo de campo

Se obtuvo apoyo institucional por parte de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid para realizar el trabajo de campo en las diferentes unidades de hospitalización breve de la Comunidad de Madrid.

El proyecto se ha desarrollado con la colaboración de 14 unidades de hospitalización breve

psiquiátricas del SERMAS a lo largo del 2018-2019: H. Infanta Cristina, H. La Paz, H. 12 de Octubre, H. Puerta de Hierro, H. Sureste, H. Alcalá de Henares, H. Coslada, H. Infanta Leonor, H. Fuenlabrada, C. A. Benito Menni de Ciempozuelos, H. Getafe, H. U. de Móstoles, H. Dr. Rodríguez Lafora, H. Gregorio Marañón.

El número de pacientes a incluir en el estudio se calculó teniendo en cuenta: 1) la población diana [número de pacientes > 18 años que fueron alta en las unidades de hospitalización breve de la CAM en 2017 (9596) menos el porcentaje medio de reingresos en las unidades de hospitalización breve de la CAM en 2016 (11%)]: 8.541 pacientes, 2) la proporción o estimación de la satisfacción percibida global media: 50%, 3) el nivel de seguridad o confianza (1 - alfa): 95% y 4) la precisión: 5%. Esto arrojó un tamaño muestral de 368 pacientes.

El estudio se realizó de manera consecutiva en todo paciente mayor de 18 años que reúna los criterios de inclusión y permanezca ingresado en cualquiera de las unidades de hospitalización breve durante al menos 24 horas. El cuestionario de satisfacción junto al cuestionario de factores individuales, variables clínicas y características de la hospitalización será completado el día previo al alta hospitalaria o en el mismo día en aquellos casos que solicitaron el alta voluntaria. En un subgrupo de 30 pacientes se volvió a administrar el cuestionario de satisfacción a los 7 días lo que permitía calcular la estabilidad test-retest.

El pilotaje del cuestionario se llevó a cabo en las unidades de hospitalización breve del H. Infanta Cristina, el H. 12 de Octubre y el C. A. Benito Menni. El pilotaje del cuestionario permitió estudiar: 1) la factibilidad del cuestionario, 2) análisis y reducción de ítems y 3) la estabilidad test-retest.

ANÁLISIS

Se llevó a cabo un análisis de validación del cuestionario valorando por un lado la fiabilidad evaluando la consistencia interna mediante el *coeficiente α (Alfa de Cronbach)* y la estabilidad temporal mediante la *técnica del test-retest*, con el objetivo de determinar tanto la homogeneidad de los enunciados de un instrumento como la constancia de las respuestas obtenidas en repetidas ocasiones, en las mismas condiciones y con los mismos sujetos.

Se valoró la factibilidad del contenido para garantizar que el cuestionario era asequible para utilizarlo en el campo que se proponía, para ello se valoró la facilidad de lectura y de comprensión, el tiempo de respuesta, percepción de los pacientes y profesionales con respecto a la facilidad de cumplimentación.

La valoración de la validez permite explorar en qué grado un instrumento mide lo que

debería medir, es decir aquello para lo que ha sido diseñado. Se valoró la validez de contenido realizando una *revisión bibliográfica*, y mediante los resultados obtenidos de la valoración por el *panel de expertos y grupo de pacientes*. La validez de constructo, mediante la técnica de *análisis factorial* y la validez de criterio, que se llevó a cabo mediante la técnica del *análisis discriminante* valorando la capacidad de discriminación del cuestionario entre poblaciones que se hipotetizaban diferentes en cuanto a la satisfacción global como por ejemplo la satisfacción percibida en ingresos voluntarios/involuntarios, ingresos breves/prolongados, etc.

En relación al análisis estadístico del estudio de satisfacción, se realizó un análisis descriptivo de la muestra mediante el cálculo de totales (frecuencias absolutas) y porcentajes (frecuencias relativas) para las variables categoriales y de medias (junto a sus desviaciones estándar) y/o medianas (junto a sus percentiles) para las variables continuas. Se realizó una estimación de la satisfacción percibida y su relación con las características socio-demográficas, los factores clínicos y las características de hospitalización.

CONCLUSIONES

A lo largo de la literatura se pone en evidencia cómo la percepción de los usuarios en relación a las unidades de hospitalización breve y al trato recibido durante los ingresos supone una fuente muy valiosa de detección de fallas a nivel asistencial. Por ello, la evaluación de la satisfacción percibida por el usuario se perfila como un concepto básico para valorar la calidad asistencial también en los servicios de psiquiatría.

Para asegurar que los resultados que se obtienen en los estudios se puedan interpretar adecuadamente y utilizar en la práctica clínica, la calidad de la metodología es imprescindible, debiendo recogerse la información mediante instrumentos validados.

Ante la ausencia de herramientas validadas en nuestro medio planteamos el proyecto expuesto, como medio de desarrollo de un cuestionario específicamente dirigido a los pacientes ingresados en unidades de psiquiatría, que además haya sido sometido a una validación, y empleado para realizar una aproximación a la satisfacción percibida con los ingresos en las unidades de hospitalización breve del del Servicio Madrileño de Salud. Creemos que tras el análisis de los resultados obtenidos permitirá orientar recomendaciones que permitan mejorar la atención y satisfacción percibida de los pacientes, lo que se ha demostrado que contribuye en última instancia a la mejoría de su salud mental.

CONFLICTO DE INTERESES

Los coordinadores del estudio declaramos no presentar ningún conflicto de intereses en la actualidad. Este proyecto no cuenta con ningún tipo de financiación. Tanto los coordinadores del estudio como los colaboradores y participantes están extensos de cualquier tipo de beneficio o compensación económica de manera directa o indirecta.

BIBLIOGRAFÍA

Baumstarck K, Boyer L, Boucekine M, Michel P, Pelletier J, Auquier P. Measuring the quality of life in patients with multiplesclerosis in clinical practice: a necessary challenge. *MultSclerInt*. 2013; 52: 48-94.

Boyer L, Baumstarck-Barrau K, Cano N, et al. Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: a systematic review of self-reported instruments. *Eur Psychiatry*. 2009; 24 (8): 540–549.

Boyer L, Baumstarck K, Boucekine M, Blanc J, Lançon C, Auquier P. Measuring quality of life in patients with schizophrenia: an overview. *ExpertRevPharmacoecon Outcomes Res*. 2013; 13(3): 343–349.

Boyer L, Lançon C, Baumstarck K, Parola N, Berbis J, Auquier P. Evaluating the impact of a quality of life assessment with feedback to clinicians in patients with schizophrenia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2013;202(6):447–453.

Boyer L, Francois P, Doutré E, Weil G, Labarere J. Perception and use of the results of patient satisfaction surveys by care providers in a French Teaching hospital. *Int J Qual Health Care* 2006;18:359–64.

Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*. 1988;25(1):25–36.

Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002;6:1–244

Department of Health. (2002). *Mental Health Policy Implementation Guide: Adult Acute Inpatient Care Provision*. London: HMSO.

Doughty C, Tse S. Can consumer-led mental health services be equally effective? An integrative review of CLMH services in high-income countries. *Community Ment Health J*. 2011;47:252-66.

Druss BG, Rosenheck RA, Stolar M. Patient satisfaction and administrative measures as indicators

- of the quality of mental health care. *PsychiatrServ*. 1999;50(8):1053–1058.
- Edwards, K. (2008). Service users and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 555–565.
- Eriksson KI, Westrin CG. Coercivemeasures in psychiatric care. Reports and reactions of patients and other people involved. *Acta PsychiatrScand* 1995;92:225–30.
- Evans J, Rose D, Flach C, Csipke E, Glossop H, Wykes T. VOICE: developing a new measure of serviceusers' perceptions of inpatient care, using a participatory methodology. *J Ment Health*. 2012;21:57–71.
- Fitzpatrick R. Surveys of patients satisfaction: I – Important general considerations. *BMJ*. 1991;302(6781):887–889.
- GardnerW, Lidz CW, Hoge SK, Monahan J, Eisenberg MM, Bennett NS, et al. Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *Am J Psychiatry* 1999;156:1385–91
- Kjellin L, Andersson K, Candefjord IL, PalmstiernaT,Wallsten T. Ethicalbenefits and costs of coercion in short-term inpatient psychiatric care. *PsychiatrServ* 1997;48:1567–70.
- Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine. A professionalevolution. *JAMA*. 1996;275(2):152–156.
- MIND. (2004). *Ward Watch: Mind's Campaign to Improve Hospital Conditions for Mental Health Patients*. London: MIND.
- Svensson B, Hansson L. Patient satisfaction with inpatient psychiatric care. The influence of personalitytraits, diagnosis and perceivedcoercion. *Acta PsychiatrScand* 1994;90:379–84.
- Ware JE Jr, Davies AR. Behavioralconsequences of consumerdissatisfaction with medical care. *Eval Program Plann*. 1983;6(3–4):291–297.
- World Health Organisation. *Mental health action plan 2013-2020*. [Accessed 2016 Dec 23]. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1.

**"A GAIOLA ABERTA", MÁS QUE UNA PUBLICACIÓN ANTIPSIQUIÁTRICA.
DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA SEGUNDA ETAPA**

Diego González Peña¹, Ramón Ramos Ríos²

¹Psiquiatra. Hospital da Costa.

²Psiquiatra. Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Correspondencia: diego.gonzalez.penha@gmail.com

A Gaiola aberta fue una revista publicada por la asociación cultural A Gaiola, fundada en 1992 en la ciudad de Santiago de Compostela.

La asociación estaba formada por personas de diversas procedencias y trayectorias, con diagnóstico psiquiátrico o sin él, la gran mayoría de ellas, relacionadas de alguna manera con el mundo de la cultura, en su aspecto más amplio, y también con el activismo político y social gallegos.

Tuvo como principales objetivos *"la defensa de los derechos de los enfermos mentales y de toda clase de marginación en Galiza, defender el idioma y el patrimonio cultural gallegos y luchar contra toda clase de discriminación de género, social e ideológica, racial o política. Las actividades de la Asociación Gaiola son también un instrumento de rehabilitación de la salud mental a través de la interacción grupal"*.

Esto es algo que podemos constatar en la propia "Contra-editorial" del número 1, en la que aparecen de nuevo estos objetivos: *extender la palabra de los que están privados de ella por ser marginados/as, enfermos/as, disidentes o, incluso, porque esta palabra está hablada o escrita en el idioma de nuestra, aún hoy oprimida, Terra Nai*.

Al igual que los movimientos de recuperación en otros países o los movimientos de supervivientes se equipara la lucha de los enfermos mentales con las de otros colectivos discriminados en razón de su singularidad: minorías étnicas o racializadas, personas con diversidad funcional, presos políticos, personas migrantes, personas del colectivo LGTBI... .

El comunicado del presidente de la asociación, Antón Moreda (internado en el manicomio

de Castro durante décadas) en este mismo número, ahonda en este objetivo: *lucha en contra de la marginación social de muchos disminuídos, minusválidos o simplemente enfermos que no se pueden valer. Esclarecer, dar a conocer lo que pasa en las residencias, hospitales, casas asistenciales y demás centros que imponen la reforma de la sociedad en la que vivimos.*

La principal actividad de Gaiola consistió en redactar y publicar la revista A Gaiola Aberta, de la que se editaron 6 números en total, 3 en la primera época (1992-1994) y otros tantos en la segunda (2005-2009), concretamente en los años 2006, 2007 y 2009.

La publicación de la revista y la mayor parte de la actividad de la asociación, incluida la redacción, tenía lugar extramuros, inicialmente en bares de la ciudad (Compostela), y en los últimos años en el Centro Socio-Cultural Aurelio Aguirre de Conxo.

De esta segunda época, en la que nos centraremos, tenemos 3 números de la revista (a los que hemos podido acceder primero en formato digital y después, gracias a la colaboración de una socia de la Gaiola en formato físico), dos de ellos llevan el número uno, aunque las fechas de publicación son distintas, 2006 y 2007 respectivamente, el tercero fue redactado en 2008 y publicado en 2009.

Además de esto, la asociación A Gaiola, también se dedicó a promover encuentros y charlas, así como otras actividades, y entró en relación con buena parte del tejido asociacionista gallego, colaborando y manteniendo contactos, más o menos regulares, con asociaciones de todo tipo, fueran estas del ámbito de la salud mental o no, como por ejemplo: A Gentalha do Pichel (Santiago de Compostela), Aluvión (O Barco), Centro Socio-Cultural Aurelio Aguirre, Lenda, Asociación Cultural Altofalante (Riveira) por nombrar algunas de las que aparecen en estos tres números.

Para hablar de A Gaiola Aberta, es necesario hablar de Ramón Muntzaraz, uno de los principales impulsores de la iniciativa, psiquiatra de origen vasco y gran activista a favor de los derechos de las personas con diagnósticos de enfermedad mental, dentro y fuera de los muros del psiquiátrico. Conocido además por su militancia comunista e independentista.

Pero no fue esta una empresa de carácter individual, sino la suma de muchas voluntades, decididas a publicar la revista, que fue una herramienta para hacerse oír, expresarse y defender sus derechos.

A GAIOLA ABERTA – LA PUBLICACIÓN.

A lo largo de los tres números de esta segunda etapa, podemos encontrar numerosas colaboraciones de personas, ajenas en principio al mundo de la salud mental, políticas, activistas y escritoras como son Luz Fandiño que aporta varios de sus poemas, Xosé Manuel Beiras que dedica a Antón Moreda un artículo “Eloxo a loucura” con reflexiones como la que sigue “yo mismo había escrito una vez, en circunstancias vitales de hace muchos años ya, que la lucidez si durase, enloquecería”, y otros escritores y políticos gallegos como Xosé Neira Vilas y Camilo Nogueira, la presa política gallega Eva Loira, o la activista feminista y escritora, Nanina Santos.

La financiación de la revista se realizaba a través de las cuotas de los socios y de ayudas y colaboraciones de compañeros. La revista se vendía a 3 euros el ejemplar.

En cuanto a los contenidos de la misma, en cada número hay un tema principal del que tratan la mayoría de artículos y colaboraciones. Los temas de cada uno se decidían en las reuniones y los elaboraban los miembros de la asociación, la mayoría pacientes. Así en el primero se trataría de la reforma psiquiátrica, el número 1 "2", del ecologismo y el número 3, sobre feminismo.

Queremos hacer notar que aunque estos temas principales sirven de eje para articular los contenidos de cada número, existe una gran variedad de temáticas, formas y perspectivas en cada número.

Los artículos sobre salud mental, tratan sobre todo de aspectos asistenciales. Se recoge una postura muy crítica con la reforma, que a pesar de haberse dicho que iba a ser comunitaria, acabó desembocando en un modelo asistencialista, biologicista, y sin cambios reales en el trato a los enfermos, reproduciendo el modelo manicomial y custodialista en las unidades de agudos.

Continuamos nuestro recorrido por estas páginas encontrando, poesías, testimonios, relatos de experiencias propias en los psiquiátricos (tanto desde el punto de vista del paciente como desde el del profesional), notas de denuncia, obituarios (semblanzas biográficas de colaboradores, compañeros de los integrantes de Gaiola, en las que habitualmente se destaca su militancia y la libertad en ejercerla -ej. Helena Talho- gracias a la cual se pasa de una identidad asociada a la marginalidad y/o enfermedad a una identidad positiva vinculada al activismo), también entrevistas de temas variados, en relación o no a la salud mental.

Muchas de las colaboraciones, ya sean artículos de opinión, poemas u otros escritos con un

estilo más literario (entre ellos varios relatos cortos de ficción), se inspiran en temas relacionados con la cultura gallega, el independentismo, el sindicalismo o el antifascismo.

Existen también algunos artículos más cercanos al periodismo de investigación como el Dossier sobre la Fosa Atlántica, en el que se suceden varios textos que tratan el tema de los vertidos de residuos nucleares en el océano desde diferentes perspectivas.

Hay también ilustraciones en la contraportada del número 2 o en la portada del tercero que aluden a la temática central de cada número.

Nos parece destacable el gran número de homenajes póstumos que aparecen en los tres números, en los que se recuerda a compañeros y compañeras de una forma emotiva, resaltando positivamente sus aspectos más personales pero también los relacionados con su vida de militancia. Esto nos sugiere que en A Gaiola había una gran cohesión grupal y unas redes de apoyo mutuo que se tejían entre las personas que conformaban la asociación y más allá de esta con otras del mundo político y cultural gallego.

Para finalizar, entendemos que según la clasificación de Martínez Azumendi, A Gaiola Aberta entraría dentro de las publicaciones con una orientación anti-institucional y anti-psiquiátrica, aunque posee características de otras orientaciones y épocas, como pueden ser la "Literatura Lunática" y la "Recuperación contra-estigma en primera persona".

La revista permite a personas con diagnóstico de trastorno mental en situación de gran exclusión (personas ingresadas durante largo tiempo en hospitales psiquiátricos) entrar en diálogo con otros colectivos y movimientos sociales y políticos en una relación horizontal, además se da una posibilidad real de intersección de distintas luchas sociales (feminismo, soberanismo, ecologismo ...) que difumina y complejiza la identidad del enfermo mental, que a menudo aparece en un primer plano y como una pantalla opaca, ocultando la riqueza de matices y variedad de reflejos que hay en toda persona y que a menudo se pierden al hacer su aparición una etiqueta diagnóstica.

**ADOLESCENTES CON TEA. MÁS ALLÁ DE LA FRONTERA DEL DIAGNÓSTICO:
TRABAJAR CON LO SINGULAR Y LO COMÚN
EN UN GRUPO DE “HABILIDADES SOCIALES”.**

***Psicoterapia de grupo desde el enfoque de la psicomotricidad,
el grupoanálisis y la mentalización.***

M^a África Cruz García¹, Sonia Fuentenebro Antón²

¹Psicóloga clínica y Grupoanalista. CSMIJ Sants-Montjuic. Fundació Hospital Sant Pere Claver, Barcelona

²Psicóloga y Psicomotricista

Correspondencia: acruz@fshpereclaver.org

Descripción de la propuesta: compartir la reciente experiencia en la preparación y puesta en marcha de un grupo de terapia semanal, de 8 meses de duración (Octubre 2018 a Mayo 2019), dirigido a pacientes diagnosticados de Asperger y vinculados a un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil en la ciudad de Barcelona.

Explicar el motivo de iniciar dicho proyecto, así como los objetivos principales y los criterios de inclusión/exclusión consensuados hasta ahora. Resumir el setting y las normas de trabajo, como parte de las herramientas básicas establecidas como base para fomentar la construcción de una matriz suficientemente segura y creativa. Explicar también los contenidos fundamentales y la forma de trabajarlos con los 6 adolescentes que participaron en esta experiencia piloto.

Como conclusión compartir los resultados y los principales aprendizajes basados en nuestra vivencia (la de la co-terapeuta y yo), y por supuesto también la de los pacientes y sus padres tanto a nivel cuantitativo como cualitativo (información obtenida a través de tests y cuestionarios abiertos).

Bibliografía de referencia:

- Forcén M. y Moreno A. (2014). Retos y dificultades en la terapia grupal de niños y adolescentes con TEA: cómo empezar a tejer una matriz grupal agujereada. Teoría y Práctica Grupoanalítica. Psicoterapia de grupo en el ámbito infanto-juvenil. Vol. 4, nº1, pág. 51-64.
- Rota J. (2016). De la práctica psicomotriz educativa a la práctica psicomotriz terapéutica. Revista especializada en psicomotricidad, n.º 38, pág. 5-11.
- Benincasa G. et al (2018). Terapia psicomotriz: reconstruyendo una historia. Ed. Octaedro.