

DOSSIER



SALUD MENTAL EN LOS INFELICES AÑOS 20

XXVI Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental
11 y 12 de mayo 2023

Sede de UGT Madrid

ÍNDICE

COMUNICACIONES

PÁGINA

UN NIDO DE VÍBORAS. REFLEXIONES SOBRE EL MALTRATO LABORAL 6

- Miriam Aguado Urbanos
- Lucía Gutiérrez Fernández

CUANDO LA VOCACIÓN SE ENCUENTRA CON EL SISTEMA. ASPECTOS CONFLICTIVOS DEL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO. 14

- Esther Amador Caravantes
- Maria Caffarena de la Fuente

IMPLEMENTANDO EL APOYO ENTRE IGUALES EN SALUD MENTAL EN NAVARRA 25

- Ainhoa Arburua Juanicotena
- Eva María Roncero Quiñones
- Cristina García Aguayo
- Joseba Verdugo Goikoetxea
- Rebeca Zabaleta González

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL DISCURSO DE LA TERAPIA DE GRUPO POST PARTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO-MAJADAHONDA. 39

- Sara Arias Rubio
- Rocío Paricio del Castillo

¿SE PUEDE INCREMENTAR EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CON UN TRASTORNO MENTAL GRAVE?: MODERADORES DE LA EFICACIA DE FELIZMENTE, UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PARA MEJORAR EL BIENESTAR. 53

- Regina Espinosa López
- Carmen Valiente Ots
- Almudena Trucharte Martínez
- Alba Contreras Cuevas
- Vanesa Peinado Tena

ÍNDICE

COMUNICACIONES

PÁGINA

LA DIGITALIZACIÓN DE LA SOCIEDAD Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LOS JÓVENES

71

- Javier Fernández Pollán

FUNCIONAMIENTO DEL CRPS CUANDO EL CAMBIO ES LA CONSTANTE

85

- Ana María Domínguez Pérez
- Elena Gallardo Molpeceres
- Irene Huéscar Medina
- Alicia Molina Solana

2020-2023: TRES AÑOS "REBICICLANDO" FELIZMENTE

97

- Emiliano Malagón Mayoral

LAS MADRES DE LAS MADRES: NARRATIVAS DE CUIDADOS EN LA INFANCIA DE MUJERES ATENDIDAS EN UN PROGRAMA DE SALUD MENTAL PERINATAL

108

- Rocío Paricio del Castillo

MODELO PARA ILUSTRAR EL APRENDIZAJE Y DESAPRENDIZAJE DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN

124

- Belén Valenzuela Requena

ÍNDICE

PÓSTERS

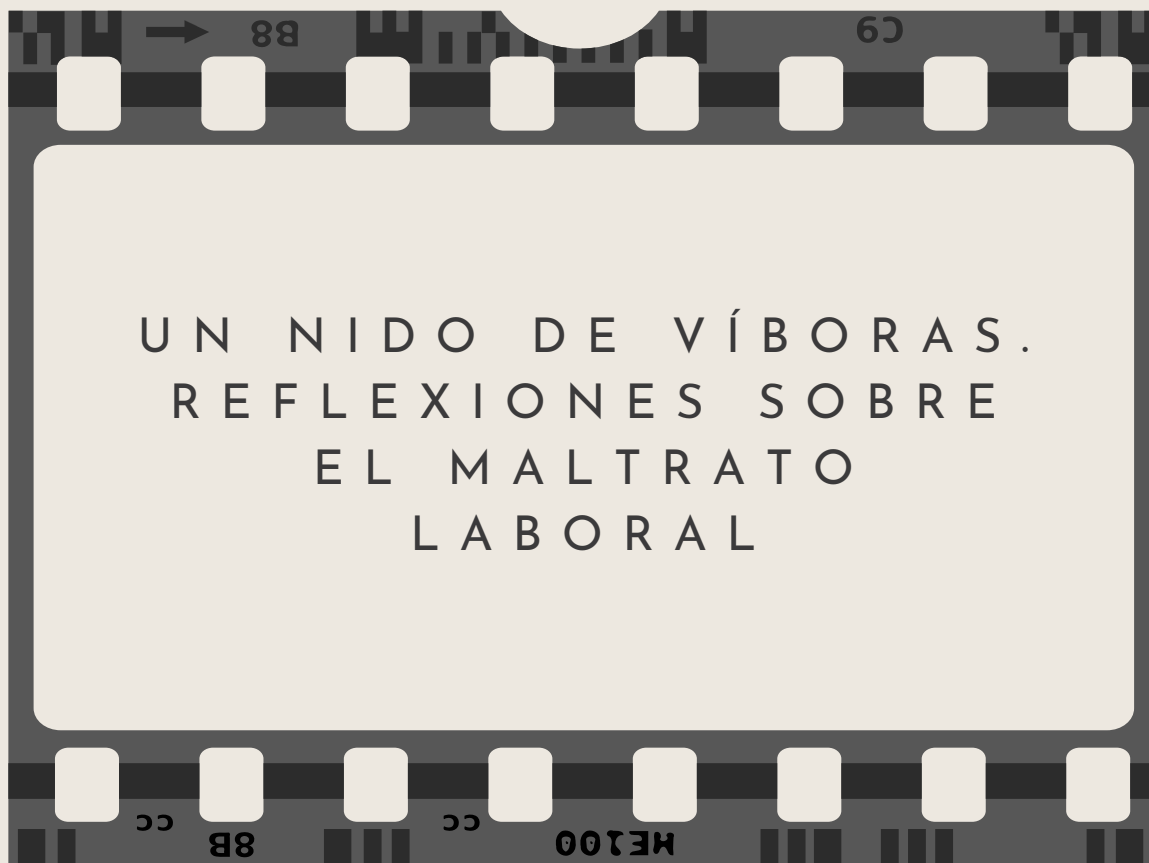
	PÁGINA
ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES Y MUJERES JÓVENES: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	136
<ul style="list-style-type: none">• Lorena de Antonio Pastor	
GRUPO DE MANEJO EFICAZ DE LA MEDICACIÓN EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN	137
<ul style="list-style-type: none">• Lorena de Antonio Pastor	
VOLUNTADES ANTICIPADAS EN SALUD MENTAL	138
<ul style="list-style-type: none">• Belén Fernández Valero• Esther Toro Carrasco• Lucía Codes Abilleira• Raquel Arranz García	
EFFECTOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.	139
<ul style="list-style-type: none">• Paula Nasarre Grasa• David Cediél García	
MANEJO DEL INSOMNIO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE ADOLESCENTES. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	140
<ul style="list-style-type: none">• Paula Nasarre Grasa	
CÓMO HABITAR LUGARES MÁS AMABLES	141
<ul style="list-style-type: none">• María Cora Martín• Sara Navarro Díaz	
SER ADOLESCENTE EN LA ERA DIGITAL: HABILIDADES SOCIALES	142
<ul style="list-style-type: none">• Raquel Rebollo Berlana	

ÍNDICE

PÓSTERS

	PÁGINA
ACOMPAÑANDO EN EL DUELO TRAS UN ABORTO ESPONTÁNEO. PROYECTO EDUCATIVO DIRIGIDO A ENFERMERAS	143
<ul style="list-style-type: none">• Raquel Rebollo Berlana	
UNA INTERVENCIÓN INTEGRAL DE TERCERA GENERACIÓN PARA PERSONAS CON PSICOSIS Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (IITG-PPT)	144
<ul style="list-style-type: none">• Carmen Valiente Ots	
CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL POR PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE ATENDIDOS EN UN PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA	145
<ul style="list-style-type: none">• Mercedes Vicente García	
PLAN DE CUIDADOS DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL: TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA	146
<ul style="list-style-type: none">• Mercedes Vicente García	

COMUNICACIÓN



UN NIDO DE VÍBORAS.
REFLEXIONES SOBRE
EL MALTRATO
LABORAL

Autoras:

Miriam Agudo Urbanos - Psiquiatra CSM Chamartín

Lucía Gutiérrez Fernández - Trabajadora social CSM Puerta de Madrid

INTRODUCCIÓN

La Organización Internacional del Trabajo define el acoso laboral o mobbing, como el hostigamiento hacia una persona en el entorno laboral, a través de acciones verbales o psicológicas, puestas en práctica de manera sistemática y persistente con el fin de humillar, ofender o amedrentar.

Según un sondeo que publicó en diciembre de 2022, más de la quinta parte de los trabajadores en el planeta asegura haber sufrido acoso laboral de algún tipo. Se describen tres formas de acoso laboral: psicológico, físico o sexual, siendo el primero el más habitual.

En el caso de España, el Sindicato CCOO valora que un 15% de los trabajadores es víctima de acoso laboral, siendo la media estimada en la Unión Europea de un 9%.

Las empresas están obligadas a contar con un protocolo contra el acoso laboral y planes específicos para su prevención, que en la práctica no siempre resultan tan efectivos ni protectores.

No hay dudas respecto a que el acoso laboral es un problema jurídico, y que es recomendable (si es posible) un tratamiento legal. En cambio, en lo que se refiere al impacto sobre el psiquismo de la persona que es víctima, creemos que no hay tal consenso. Incluso entre profesionales de la Salud Mental, hay una tendencia a minimizar el malestar referido, o incluso se llega a dudar de la veracidad de lo narrado por la víctima.

El acoso laboral, como disfunción institucional

El término de hostigamiento (mobbing o bullying, en inglés) fue empleado inicialmente por el etólogo Konrad Lorenz para describir la conducta grupal, en la que un conjunto de animales menores ataca y amenazan a un animal más grande.

Posteriormente, el término fue utilizado para definir el comportamiento de discriminación y ataque a un niño por parte de sus compañeros cuando este

fenómeno fue estudiado en las escuelas de los Países Nórdicos en la década de los años 70. En la década posterior, este análisis se extendió al ámbito de las organizaciones (1).

Es claro, pues, que las conductas que hoy se denominan mobbing o acoso laboral en el trabajo, son previas a la definición y el estudio del concepto por parte de las ciencias sociales.

Para la comprensión de este fenómeno es necesario hacer un análisis multidimensional, yendo más allá de la relación o interacción que entre dos personas se establece en el ámbito laboral, teniendo en cuenta el contexto social, económico y político, así como la cultura de la organización en la que esta situación acontece; ya que en su abordaje y prevención precisará de medidas de tipo político, social, empresarial e individual (2, 5)

Las empresas o instituciones donde habitualmente los trabajadores desarrollamos nuestra tarea serían el equivalente de un grupo grande, por lo que entender las dinámicas latentes de estos grupos nos ayuda a valorar la influencia de éstas en sus participantes, a los que condicionan en su manera de pensar, sentir y relacionarse. Es necesario entender no sólo los principios grupales cuando éstos funcionan sanamente, sino también los procesos por los que los grupos entran en dificultades, impasse o ruptura (3).

La vida organizativa navega entre tensiones grupales y esfuerzos por reorganizarse. El término antigrupo, propuesto por Nitsum, engloba a los procesos grupales negativos y destructivos que ocurren en las organizaciones, que son reflejo de la disfunción organizativa. (4)

La imagen que daba título a este trabajo, “el nido de víboras”, fue propuesta por Schwartz. Con ella quería describir un tipo de organización en la que predominan las relaciones interpersonales tóxicas, la falta de confianza, la ansiedad de supervivencia, la comunicación distorsionada, un sentido falso de identificación grupal y la alienación personal (6)

Independientemente de la madurez del individuo y de su integración psicológica, ciertas condiciones laborales tienden a favorecer la regresión y a

activar niveles psicológicos primitivos de manera defensiva (5, 7), originando lo que Otto Kernberg denominó paranoiagénesis de las organizaciones. Este fenómeno se caracteriza o puede activarse por la presencia de una dirección insuficiente, carencia de recursos, procesos políticos internos y externos, estructuras insuficientes e incompetencia de los dirigentes. (8)

En esta línea argumental, hay definiciones que sostienen que el mobbing es una forma de conflicto institucional intensificado, un evento interpersonal que se apoya en las formas de entender las relaciones de poder dentro de la organización. El acoso está enraizado en un ambiente laboral que presenta deficiencias de gestión, bien sea por una organización caótica, transgresiones habituales en materia de los derechos de los trabajadores o un reparto de tareas mal jerarquizado. Es el propio ambiente laboral el que favorece la aparición de conductas de hostigamiento que pueden ser catalogadas de enfermedad institucional.

Estas condiciones pueden dar lugar a un clima de trabajo estresante y competitivo que, sumado a la inseguridad laboral actual, favorece la rivalidad y la visión de los compañeros como enemigos en el momento de conservar un empleo.

El acoso laboral, una forma de violencia

En el ámbito empresarial, la violencia y el acoso nacen del encuentro entre el ansia de poder y la manipulación perversa. Aunque los procedimientos de acoso están mucho más estereotipados que en la esfera familiar y de pareja, no por ello son menos destructivos.

El acoso laboral es un tipo de violencia que permea la subjetividad de las personas y su cotidianidad laboral, e instauran relaciones de desconfianza y exclusión. Una violencia psicológica que no es fácil de identificar, pues sus consecuencias pueden negarse o deformarse.

Al principio las personas acosadas intentan no tomarse en serio las indirectas y vejaciones. Posteriormente, con regularidad, la víctima es acorralada

y colocada en una posición de inferioridad, sometiéndola a maniobras hostiles y degradantes. (9)

Los compañeros de trabajo, por egoísmo o por miedo, prefieren mantenerse al margen, convirtiéndose en cómplices silenciosos.

Las víctimas al principio no suelen ser personas particularmente débiles, al contrario: habitualmente el acoso empieza cuando una víctima reacciona contra el autoritarismo de un superior y no se deja avasallar. Es su capacidad de resistir a las presiones lo que la señala como blanco.

A menudo son también personas perfeccionistas, muy centradas en su trabajo. El acoso se inicia con una descalificación de la víctima por parte del agresor, que el grupo acepta y avala. Será esta devaluación la que para el agresor y el grupo justifica la crueldad que se ejerce contra la víctima y conduce a pensar que se merece lo que le ocurre; juicio que la víctima llega a interiorizar y destruye paulatinamente su autoconcepto como profesional competente.

Cuando una interacción asimétrica y destructiva de este tipo comienza, lo único que hace es amplificarse progresivamente, a no ser que una persona exterior intervenga enérgicamente. Incluso cuando el acoso se produce horizontalmente, los superiores jerárquicos no suelen intervenir ni prestar demasiada atención, incrementándose el sentimiento de indefensión de la persona acosada. En otras ocasiones en las que si se interviene, los superiores pueden atribuir la situación a condiciones personales de la víctima, que puede ser señalada como "caso problema", contemplando así el librarse de ella como la solución más fácil.

Cuando el proceso del acoso se instaura, la víctima es estigmatizada: se dice que es una persona difícil, que tiene mal carácter, o que está loca. El individuo que es aislado de los demás, carece del feedback del intercambio social en su vida diaria, favoreciendo que se vuelva desconfiado, depresivo, hostil o ansioso.

Una situación de violencia perversa tiende a anestesiar a la víctima, que, a partir de ese momento, sólo muestra lo peor de sí misma, llegando a asumir

conductas diferentes a su propio estilo relacional. El miedo la conduce a dudar, a comportarse patológicamente. La mayoría de las veces reacciona de un modo vehemente y confuso, en lo que pretende ser una actitud defensiva, algo que el agresor utilizará más adelante como una coartada para justificar retroactivamente su agresión. Cualquier respuesta defensiva de la persona es interpretada como una reafirmación de sus características negativas, lo que justifica el rechazo y lo torna incluso merecido. De este modo, cualquier cosa que emprenda o que haga se vuelve contra ella gracias a la mediación de sus perseguidores.

La respuesta que puede observarse en las víctimas pueden ser muy dispares: las hay que reaccionan con miedo, enojo, paranoia, y en otras predominará la ansiedad, depresión, dolor, desesperación o sentimientos de vulnerabilidad.

Otras consecuencias psicológicas hacen referencia a distorsiones cognitivas, disminución de la concentración y memoria; sentimientos de amenaza e impotencia, irritabilidad, apatía, infravaloración, hipersensibilidad, aislamiento, depresión y en algunos casos hasta el suicidio.

A nivel psicosocial la persona experimenta estrés laboral, depresión, y ansiedad, siendo frecuentes las manifestaciones psicósomáticas. Generalmente cuando las personas acuden a consulta son diagnosticadas de depresión, ansiedad o estrés postraumático

Bjorviski propuso un modelo explicativo del acoso donde se definen tres fases, con relación a la intensidad de la violencia ejercida. En la primera se usan estrategias indirectas, como extender rumores o bulos sobre la víctima, que buscan su devaluación. En la segunda fase aparece actos de agresión más directos: se la aísla, se la humilla en público y es objeto de todo tipo de burlas. En la tercera la víctima es acusada de estar psicológicamente enferma, recibe chantajes y amenazas, y se pretende su exclusión de la empresa. (1)

Uno no se muere por recibir estas agresiones, pero si pierde una parte de sí mismo. El acoso laboral es un fenómeno terrorífico porque es inhumano, no conoce los estados de ánimo ni la piedad.

CONCLUSIONES

En resumen, el mobbing es un fenómeno que no sólo destruye el ambiente de trabajo y disminuye la productividad, también produce un intenso desgaste psicológico en las personas que lo sufren, con efecto en los distintos ámbitos de su vida, y que perdura en el tiempo más allá de la situación de maltrato. El acoso laboral no sólo afecta a quienes lo sufren, sino también a las demás personas que se ven involucradas, aunque no sean actores directos.

Los objetivos de las investigaciones relacionadas con este problema deben ser la visibilización y prevención de este, así como mejorar las técnicas y recursos de que disponemos para que su abordaje.

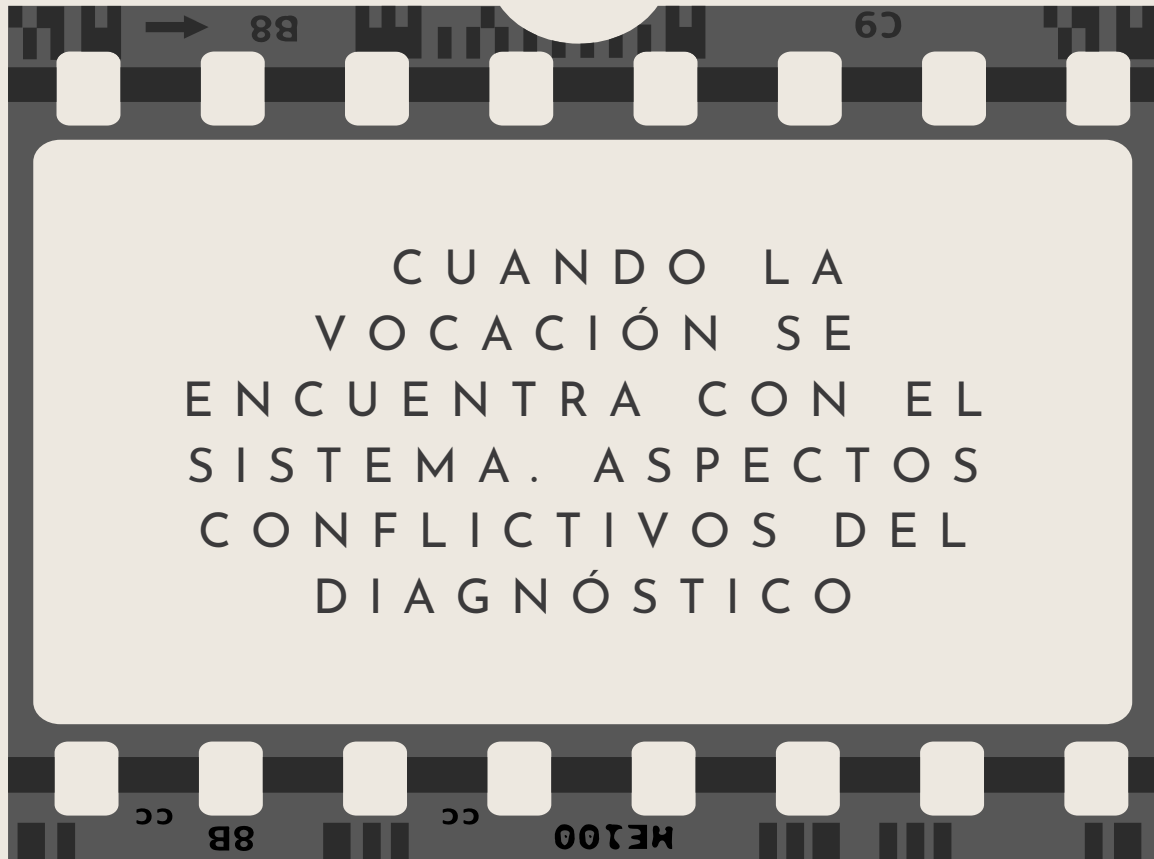
Para su erradicación, es necesario que contemos con una legislación laboral adecuadas, así como gobiernos que vigilen su cumplimiento. También es importante tener en cuenta las acciones necesarias para afrontar y prevenir el problema, tanto a nivel individual como organizacional. Como sociedad, deberíamos desarrollar tolerancia cero a cualquier tipo de violencia, bien sea en el ámbito familiar, escolar o empresarial. Y, por último, es importante desarrollar estrategias de afrontamiento y recuperación para las personas que se han visto sometidas a este tipo de violencia organizacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Peralta, M. C. (2004) El acoso laboral – mobbing – perspectiva psicológica. Revista de estudios sociales 18: 111 – 122
- (2) Sunyer, J. M. (2010): Ansiedad en el grupo grande hospitalario. Grupoanálisis
- (3) Ayerra, J. M. (1997): Grupo Grande. Boletín 7:28 – 45

- (4) Nitsun, M. (1998). The organizational Mirror: A Group-Analytic Approach to Organizational Consultancy; Part I. *Group Analysis* 31(3): 245-67
- (5) Sunyer Martín, J. M. (2008) *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos*, España, Biblioteca Nueva
- (6) Bleger, J. *Temas de psicología (Entrevista y grupos)* Ediciones Nueva Visión
- (7) Bion, W. R. (1980) *Experiencias en grupos*. Barcelona: Editorial Paidós.
- (8) Kernberg, O. (1998) *Ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones*. Barcelona: Editorial Paidós
- (9) Hirigoyen, M. (1999) “El acoso moral: el maltrato psicológico en la vida cotidiana” París, Paidós

COMUNICACIÓN



Autoras:

Esther Amador Caravantes. Directora - Psicóloga Centro de Rehabilitación Laboral "Arganzuela"
Maria Caffarena de la Fuente. Estudiante de Psicología. Centro de Rehabilitación Psicosocial

Fundación El Buen Samaritano

INTRODUCCIÓN

Mucho se ha discutido ya sobre la utilidad de las categorías diagnósticas en psiquiatría, y a pesar del intento por ofrecer un nuevo enfoque dimensional, bien conocida es la polémica generada tras la publicación del DSM-V por su capacidad de acentuar un problema de sobre diagnóstico y comorbilidad. La poca solidez del sistema por la naturaleza heterogénea de los criterios diagnósticos, sus superposiciones y consecuente aumento de la comorbilidad (Kate Allsopp, 2019), tiene sus peores repercusiones fuera del contexto socio sanitario.

En este artículo realizamos un repaso de las consecuencias de un diagnóstico de trastorno bipolar (TB) en un caso en el que, si bien recibir por primera vez una explicación al problema a través del diagnóstico sirvió para que la persona afectada desplegara estrategias eficaces para mantener un buen nivel de funcionamiento, también tuvo repercusiones a nivel laboral y social debido al estigma asociado a la enfermedad mental. Estigma que la persona acabó internalizando con el consecuente agravamiento de los síntomas.

He aquí el conflicto: la misma etiqueta que permite que la persona maneje adecuadamente su sintomatología para integrarse en una vida normalizada y con sentido, produce efectos adversos al revelarse públicamente, causando la exclusión de esa pretendida normalidad y agravando los síntomas como consecuencia.

DESARROLLO

No cabe duda de que a pesar de las debilidades que presenta el sistema, las etiquetas diagnósticas pueden ser efectivas en la comunicación entre profesionales cuando constituyen un anclaje de inicio que no despoja a la persona de su condición de individuo único. Los profesionales de la psiquiatría y la psicología, más allá de poder ser partidarios o no de una postura neurocientífica, basan su diagnóstico en entrevistas clínicas ante la dificultad, en la actualidad, de hacerlo a través de biomarcadores. Un ejemplo de la particularidad de las enfermedades mentales es el inevitable y arduo proceso de prueba y error que precede al posible éxito de un determinado tratamiento

psicofarmacológico y terapéutico, que debe adecuarse en última instancia a cada paciente de forma individualizada.

¿Qué ocurre fuera del ámbito sociosanitario?

En la esfera más íntima de la persona afectada por un problema de salud mental, las etiquetas diagnósticas presentan resultados antagónicos. Por un lado, pueden producir alivio y servir de guía para adoptar las medidas necesarias encaminadas a mantener un buen funcionamiento social y cognitivo; por otra parte, pueden dar lugar al estigma internalizado afectando a la autoeficacia y repercutiendo en el agravamiento de los síntomas. Este autoestigma se alimenta de los estereotipos vigentes en el actual contexto sociocultural, que caracterizan a la persona con enfermedad mental como débil, inútil y probablemente peligrosa (Yang L, Kleinman A, Link B, Phelan J et al., 2007).

Más allá del estigma social, los diagnósticos de enfermedad mental tienen su repercusión en otros ámbitos en los que la etiqueta puede servir de amparo para justificar una exclusión del sistema, enarbolando razones que no se ajustan a la realidad de cada sujeto particular, sino que lo confinan indiscriminadamente en grupos de baja funcionalidad.

En el ámbito del derecho es particularmente delicado el aplicable a las compañías de seguros, que en contra de lo que ocurre en el derecho penal, no contempla la figura del perito profesional a pesar de la conocida variabilidad que presentan las personas afectadas por una enfermedad mental. Así, mientras la persona asegurada se ve obligada, la mayoría de las veces, a declarar el padecimiento de un trastorno crónico, la aseguradora no tiene el deber de contemplar cada caso de manera individualizada.

Si bien, en el código penal, la exención o atenuación de responsabilidad no se encuentra directamente ligada a un diagnóstico clínico, sino a la circunstancia de que en el momento de cometer la infracción el sujeto *“no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”* (Boletín Oficial del Estado, 1995, Artículo 20). En la Ley de Seguros ocurre lo contrario, permitiendo que el simple diagnóstico sea causa suficiente de rechazo, lo que en última instancia resulta en una discriminación especialmente gravosa que

afecta a diferentes áreas de la vida de una persona tan importantes como el acceso a servicios sanitarios o a las coberturas necesarias para realizar una actividad laboral.

En el caso de países como España, desde los más altos estamentos públicos y regulatorios, se ha desplegado un manto protector cuya única finalidad es evitar que las personas más vulnerables se vean desprotegidas y atropelladas por actuaciones y prácticas incorrectas e ilícitas, pero se da el caso de que en ocasiones ni siquiera los propios afectados son conocedores de sus derechos y, cuando lo son, se encuentran con múltiples barreras a la hora de hacer valer dichos derechos.

En los últimos años se han promulgado y desarrollado normas, en trasposición fundamentalmente de la normativa europea en la materia, que proscriben y sancionan severamente actuaciones discriminatorias; la más reciente es la Ley 15/22 de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, una ley que opera a modo de legislación general de protección ante cualquier discriminación.

Sin embargo, para acogerse a esta ley, es pertinente tener un diagnóstico claro que justifique tal discriminación y que se ve facilitado si la persona es poseedora de un certificado de discapacidad. Y aunque para algunas personas que acuden a los dispositivos de salud mental este certificado es un medio para alcanzar ciertos beneficios estatales, para otras, pasar por un proceso de obtención de grado de discapacidad es vivido como un punto de no retorno, una idea de cronicidad identitaria, que genera un estado de desesperanza y sufrimiento añadido. Lo que nos lleva al punto de partida de los riesgos de sobre diagnóstico y estigmatización.

A pesar del avance que supone la citada Ley 15/22, la Ley del Contrato de Seguro puede entrar en conflicto con ella, máxime cuando es ésta, por su carácter especializado, la que en un principio sería de aplicación al no haberse visto derogado explícitamente el párrafo que posibilita que una persona sea rechazada por una aseguradora. De esta forma, aun estando prohibido que las compañías aseguradoras apliquen procedimientos distintos de contratación a las personas con discapacidad, sí que se abre la puerta a que puedan aplicarse

unas condiciones más onerosas. Así, las disposiciones adicionales cuarta y quinta que atienden a la no discriminación terminan con la siguiente coletilla: “...salvo que se encuentren fundadas en causas justificadas, proporcionadas y razonables, que se hallen documentadas previa y objetivamente”, he aquí la trampa ya que, en el caso de un diagnóstico de enfermedad mental, la dudosa justificación sólo puede apoyarse en datos inconsistentes que son aceptados como válidos alimentando el estereotipo y el estigma.

El papel de la comunidad científica como proveedores de conocimiento es crucial en este aspecto, pues el acceso libre que proporcionan los buscadores de contenido online a literatura especializada conlleva el riesgo de convertirse en información sesgada en manos de otros profesionales legos en la materia. Así, las personas afectadas por un TB han pasado en los últimos años de ser identificadas como especialmente dotadas para el arte y la literatura, a tener una enfermedad mental incapacitante, dos extremos simplistas ampliamente aceptados por la sociedad y reforzados en muchas ocasiones por los medios de comunicación.

Sin embargo, la realidad es mucho más compleja y actualmente no disponemos de estudios concluyentes para predecir la trayectoria laboral de una persona diagnosticada de TB. Van Rheenen et al. (2020) realizan una revisión crítica de estudios centrados en el progresivo menoscabo de las funciones cognitivas en dicho trastorno, encontrando inconsistencias y destacando la existencia de una heterogeneidad clara y pronunciada en esta población. En 2014, Burdick et al. ya proponían una división por subgrupos en función de los déficits cognitivos detectados, identificando un primer grupo que no presentaba diferencias con individuos sanos.

En 2007, Michalak et al., realizan un estudio cualitativo mediante entrevistas en el que se analiza la relación de los pacientes con el entorno laboral, en ella se apunta al estigma y al rechazo en el trabajo como una de las mayores preocupaciones de los participantes, y señalan la poca atención que los estudios que analizan la relación entre el TB y la ocupación laboral prestan a las formas específicas en que el TB puede afectar al trabajo, o cómo estos efectos son interpretados subjetivamente por las propias personas afectadas. Siguiendo

esta pista, Lisa O'Donnell et al. (2017), en un estudio cuantitativo, encuentran una clara asociación entre las variables de estigma y rechazo y la situación laboral de las personas con TB que participaban en el estudio.

Estudios como estos no restan evidencia a que la población aquejada de un problema grave de salud mental es la que tiene mayor tasa de desocupación e inestabilidad en el trabajo, o que los síntomas constituyen en sí mismos obstáculos difíciles de salvar. Pero los numerosos ejemplos de casos de éxito, como el estudio de comparación de pares incluido en Michalak et al. (2007), o los más de un centenar de testimonios que recoge The Stability Network, una comunidad online de profesionales con problema grave de salud mental, son suficientemente relevantes como para entender que un diagnóstico no puede ser causa de exclusión en lo que rodea al ámbito laboral, y que quedan muchas variables por explorar.

A propósito de un caso

En el caso que nos ocupa la afectada es una mujer de 42 años, con estudios superiores y buen funcionamiento en la esfera laboral y social.

Al finalizar sus primeros estudios se dio de alta en la mutua profesional correspondiente y comenzó a trabajar por cuenta propia. A pesar de lidiar con numerosos síntomas desde la infancia, nada impidió que esta persona disfrutara de un considerable éxito laboral con premios, publicaciones, e invitaciones a impartir seminarios y conferencias en distintas universidades europeas.

A los 27 años se le diagnostica un TB de tipo indeterminado y tras ser hospitalizada por sintomatología depresiva se le introduce el tratamiento farmacológico inicial. Al salir del hospital decide realizar los cursos de doctorado y comenzar su tesis mientras sigue desarrollando su actividad laboral sin impedimentos.

La paciente se sintió aliviada el día que recibió su diagnóstico, porque empezó a comprender que parte de lo que ella sentía como un defecto de su personalidad, era en realidad un efecto de una enfermedad de la que ella no era culpable. El diagnóstico le sirvió para explorar vías de control de los síntomas y mantenerse eutímica durante un largo período en el que llegó a pensar que no

volvería a tener otra crisis. Aumentó su confianza y amplió su círculo social gozando de una buena aceptación en todos los ámbitos de su vida.

Siete años más tarde acepta un trabajo en una empresa multinacional y como consecuencia de comenzar a trabajar por cuenta ajena procede a darse de baja en el régimen de autónomos, es decir, en la mutua profesional.

A los dos años recibe una propuesta de encargo como profesional independiente y decide volver a darse de alta en la mutua. La mutua la rechaza por padecer un TB y lo que le ofrece es un seguro privado sin ningún tipo de coberturas por cualquier padecimiento relacionado con la salud mental, sea cual fuere su origen.

Poco a poco se va gestando la auto estigmatización cristalizada en dudas sobre su propia autoeficacia, comienza a leer artículos que vaticinan un proceso neurodegenerativo, y empieza a poner el foco en todas aquellas habilidades cognitivas que ella cree que realmente se están viendo afectadas y que por lo tanto le impedirían ser eficiente en su trabajo.

Así, decide entrar en una empresa que le ofrecía posibilidad de trabajo en remoto, y poca exigencia. El trabajo le resulta aburrido, le requiere poca atención, le deja mucho tiempo libre, y sus ingresos y nivel de vida se ven mermados. Insiste en que ha sufrido una neurodegeneración y en que nunca va a ser capaz de hacer “nada más”. Se siente avergonzada cuando le preguntan a qué se dedica o en qué proyectos está, por lo que evita relacionarse y se aleja de los círculos profesionales.

Durante este tiempo recibe atención en Salud Mental y en otros recursos de la Comunidad de Madrid que ella declara imprescindibles en su recuperación. Con el apoyo del dispositivo de Rehabilitación Laboral que tuvo a su disposición acabó convenciéndose de que era muy capaz de realizar tareas acordes a su perfil profesional.

En cuatro años realizó un máster, una carrera, un postgrado, y puso en marcha una empresa emergente en el sector tecnológico.

En este momento es consciente de que no ha sido su falta de aptitudes para desempeñar un trabajo si no la autoestigmatización, derivada del rechazo

de la mutua de profesionales a la que había pertenecido con orgullo desde el comienzo de su carrera. Tal exclusión supone la pérdida de todos los años cotizados, no tiene derecho a una jubilación completa ni a una pensión por discapacidad en el caso de sufrir siquiera un accidente laboral.

Una vez la afectada comprende que está sufriendo un caso de discriminación se encuentra con otra trampa: La Ley 15/22 protege a las personas con discapacidad de una posible discriminación en cualquier ámbito, incluido el laboral, véanse concretamente el artículo 11, *Derecho a la igualdad de trato y no discriminación en el trabajo por cuenta propia* y el artículo 12, *Derecho a la igualdad de trato, a la no discriminación e intolerancia en organizaciones políticas, sindicales, empresariales, profesionales y de interés social o económico*. Sin embargo, la mutua, eludiendo su condición privilegiada de asimilada al sistema público, se ampara en la Ley de Contrato de Seguros y continúa negando que se haya producido un caso discriminatorio obligando a la afectada a enfrentarse a un largo proceso judicial.

CONCLUSIONES

La naturaleza heterogénea de los criterios diagnósticos unida a la observable variabilidad interindividual que muestran los sujetos diagnosticados de TB siembra la duda sobre la validez de las etiquetas diagnósticas, lo que queda evidenciado por la mera presencia de los múltiples subtipos recogidos en el DSM-V. Así, a muchos estudios que buscan un patrón que permita predecir la trayectoria de los pacientes diagnosticados de TB, se unen otros que apuntan a las contradicciones existentes entre los distintos trabajos o a una asociación entre las variables de estigma y rechazo con la situación laboral de los participantes.

Sin embargo, si bien el derecho penal contemplaba la figura del perito profesional para la valoración del infractor desligándose de los diagnósticos de enfermedad mental, eso no ocurre en el derecho de seguros. Ambas situaciones juegan en contra de los intereses de los diagnosticados, y las políticas de “no discriminación”, quizá por su corta vida, dejan muchos flecos sin resolver.

En resumen, se hace patente la necesidad de desarrollar otras medidas más precisas y métodos más sofisticados para poder predecir el desempeño en el trabajo, proponer adaptaciones y ajustar terapias de recuperación individual y contextual, desechando modelos sesgados y respetando la individualidad. Ya se manejan cantidades ingentes de datos y llegará el momento en que la tecnología permita hilar más fino y que cada persona sea un modelo único en sí mismo. Hasta entonces, la valoración individualizada efectuada por profesionales parece la vía más directa para minimizar los efectos indeseados de una etiqueta diagnóstica, pues tampoco podemos olvidar que las personas se hallan inextricablemente unidas a un contexto social del que todos formamos parte, y si el éxito en el ámbito de la salud pasa por que los profesionales pongan el foco justamente en este punto, también el Estado debiera acompañar esta perspectiva holística propiciando los cambios necesarios para asegurar la buena integración de las personas en lo que sería un sistema más saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allsopp, K., Read, J., Corcoran, R., Kinderman, P. (2019) Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification. *Psychiatry Res.* 2019 Sep; 279:15-22. doi: 10.1016/j.psychres.2019.07.005. Epub 2019 Jul 2. PMID: 31279246.
- Burdick, K., Russo, M., Frangou, S., Mahon, K., Braga, R., Shanahan, M., & Malhotra, A. (2014). Empirical evidence for discrete neurocognitive subgroups in bipolar disorder: Clinical implications. *Psychological Medicine*, 44(14), 3083-3096. doi:10.1017/S0033291714000439
- Comisión de personas expertas sobre el impacto de la precariedad laboral en la salud mental en España (2023). *Precariedad Laboral y Salud Mental. Conocimientos y Políticas.* Ministerio de Trabajo y Economía Social
- Gilbert, E., & Marwaha, S. (2013). Predictors of employment in bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 145(2), 156-164.
- Kendell, R., Jablensky, A. (2003) Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*; 160: 4-12
- Kinderman, P., Allsopp, K. (2018). Non-diagnostic recording of mental health difficulties in ICD-1. *The Lancet Psychiatry*, volume 5, issue 12, p966.

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. Boletín Oficial del Estado, 250, de 17 de octubre de 1980. <https://www.boe.es/eli/es/l/1980/10/08/50/con>
- Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. Boletín Oficial del Estado, 167, de 13 de julio de 2022.
- Medrano, J. (2014). DSM-5, un año después. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 34(124), 655-662
- Michalak, E.E., Yatham, L.N., Maxwell, V., Hale, S. and Lam, R.W. (2007), The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. *Bipolar Disorders*, 9: 126-143.
- O'Donnell, L., Himle, J.A., Ryan, K., Grogan-Kaylor, A., McInnis, M., Weintraub, J., Kelly, M., y Deldin, P. (2017). Social Aspects of the Workplace Among Individuals With Bipolar Disorder. *Journal of the Society for Social Work and Research* 2017 8:3, 379-398
- Plana-Ripoll, O., Weye, N., Knudsen, A. K., Hakulinen, C., Madsen, K. B., Christensen, M. K., Agerbo, E., Laursen, T. M., Nordentoft, M., Timmermann, A., Whiteford, H., Øverland, S., Iburg, K. M., y McGrath, J. J. (2023). The association between mental disorders and subsequent years of working life: a Danish population-based cohort study. *The Lancet. Psychiatry*, 10(1), 30–39. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00376-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00376-5)
- Platania, G. A., Savia Guerrera, C., Sarti, P., Varrasi, S., Pirrone, C., Popovic, D., Ventimiglia, A., De Vivo, S., Cantarella, R. A., Tascetta, F., Drago, F., Di Nuovo, S., Colliva, C., Caraci, F., Castellano, S., & Blom, J. M. C. (2023). Predictors of functional outcome in patients with major depression and bipolar disorder: A dynamic network approach to identify distinct patterns of interacting symptoms. *PLoS One*, 18(2), e0276822. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276822>
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, 289, 3 de diciembre de 2013.
- The Stability Network. <https://www.thestabilitynetwork.org/>

- Tse, S, Chan, S, Ng, KL, Yatham, LN. (2014) Meta-analysis of predictors of favorable employment outcomes among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2014; 16: 217– 229.
- Van Rheenen, T.E., Lewandowski, K.E., Bauer, I.E. (2020). Current understandings of the trajectory and emerging correlates of cognitive impairment in bipolar disorder: An overview of evidence. *Bipolar Disord*; 22: 13–27
- Wingo, A.P., Harvey, P.D. y Baldessarini, R.J. (2009). Neurocognitive impairment in bipolar disorder patients: functional implications. *Bipolar Disorders*, 11: 113-125
- Yang, L.H., Kleinman, A., Link, B.G., Phelan, J.C., Lee, S., Good, B. (2007) Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Soc Sci Med*. 2007 Apr;64(7):1524-35.

COMUNICACIÓN



IMPLEMENTANDO EL
APOYO ENTRE
IGUALES EN SALUD
MENTAL EN NAVARRA

Autoras:

Ainhoa Arburua Juanicotena - Centro Félix Garrido, Gobierno de Navarra-Avanvida

Eva María Roncero Quiñones - Asociación Mejorana

Cristina García Aguayo - Los Perro Verde-Fundación Ideas

Joseba Verdugo Goikoetxea - Fundación Mejorando Cada Día

Rebeca Zabaleta González - Universidad Isabel I

INTRODUCCIÓN

La Asociación Mejorana, junto a Los Perro Verde-Fundación Ideas y Fundación Mejorando Cada Día, con el objetivo de contribuir a fomentar el desarrollo e impulso de programas e intervenciones innovadores en Navarra, acordes a los nuevos paradigmas en la atención a la salud mental y a las necesidades de las personas con experiencias de sufrimiento psicosocial, se propone impulsar en Navarra el apoyo entre iguales en los servicios de salud mental.

Definimos el apoyo entre iguales como la relación que se establece entre las personas que tienen, o han tenido, experiencias similares, y se basa, fundamentalmente, en la empatía (Campos et al., 2016).

Esta práctica en salud mental surge del movimiento para el desarrollo de los derechos humanos, y nace como respuesta a los tratamientos que se habían dado hasta el momento y que no contaban con las personas afectadas (Mead y MacNeil, 2006).

En el apoyo entre iguales en salud mental se distinguen dos figuras: la persona que ayuda (*Peer Support Worker* o Agente de Apoyo Mutuo) y la persona que es ayudada (persona usuaria).

Un Agente de Apoyo Mutuo en salud mental es una persona que brinda ayuda a otras que están pasando por dificultades/experiencias/malestares similares a los suyos. Estos agentes pueden haber experimentado problemas de salud mental en el pasado, logrando superarlos, habiendo aprendido a manejarlos de manera efectiva (INAPS, 2018).

Los Agentes de Apoyo Mutuo en salud mental pueden proporcionar una amplia gama de servicios de ayuda, desde compartir información y experiencias personales, hasta ofrecer orientación y apoyo emocional. También pueden ayudar a vincular a las personas con los recursos comunitarios y profesionales de salud mental. La idea central es que pueden ofrecer una perspectiva única y valiosa –el saber vivido- a otras personas que están pasando por situaciones similares. Al compartir sus propias experiencias y estrategias de afrontamiento,

los Agentes de Apoyo Mutuo pueden ayudar a fomentar un sentido de comunidad y resiliencia en quienes buscan ayuda (Davidson et al., 2009).

Existe evidencia demostrada de que las personas afectadas por problemas de salud mental que son ayudadas por estos Agentes de Apoyo Mutuo tienden a experimentar recuperaciones más profundas y de mayor duración. A estas alturas, parece que está claro que el modelo de trabajo entre iguales promueve sinergias, vínculos y una economía a medio plazo de recursos; constatándose en los servicios sanitarios una reducción de las hospitalizaciones y de otras intervenciones de emergencia (Gillard y Holley, 2014; Repper et al., 2013; Watson et al., 2016).

Por otro lado, se ha demostrado que estas nuevas figuras profesionales reciben beneficios con la realización de su rol de apoyo, incrementan su autoconfianza y afianzan su propia recuperación. Sabiendo que la relación entre iguales recíproca ahondará en el fortalecimiento mutuo (Gillard y Holley, 2014; Repper et al., 2013; Watson et al., 2016).

Un requisito indispensable para la práctica del apoyo entre iguales en salud mental es la formación previa de la persona que va a ejercer como Agente de Apoyo Mutuo para el correcto desempeño de sus funciones y el desarrollo de intervenciones de acompañamiento efectivas.

En España, el apoyo entre iguales en salud mental está poco extendido. Zabaleta et al., (2021) han realizado una revisión y descripción de las experiencias para implantar la figura de Agente de Apoyo Mutuo en el territorio nacional, identificando 7 siete experiencias, la mayoría de ellas ubicadas en entornos sociosanitarios.

Desde la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986, en España se apuesta por un modelo de asistencia comunitaria; por lo que se considera pertinente promover esta práctica en el entorno social.

Desde la Universidad de Burgos se ha diseñado ¡Acompáñame!, un programa de formación para personas con problemas de salud mental que se encuentran en proceso de recuperación y que participan en una entidad social. El objetivo general es formar en ayuda mutua y apoyo entre iguales a personas

usuarias con problemas de salud mental para que actúen como compañeros y compañeras de apoyo en la recepción, proceso de incorporación y adaptación de nuevas personas que se unen a la entidad, así como en el acompañamiento en su proceso de recuperación.

La puesta en marcha en Navarra del Programa ¡Acompáñame!, surge del deseo de diferentes entidades para su implantación en la Comunidad Foral, así como del interés de muchas personas con sufrimiento psíquico en formarse como facilitadoras de ayuda mutua.

Con esta propuesta formativa se quiere favorecer su integración socio-laboral como Agentes de Apoyo Mutuo. El propósito es continuar con la ayuda mutua en salud mental creando, dentro de las propias entidades, un servicio de apoyo entre iguales para personas con problemas de salud mental que esté abierto a toda la comunidad.

El Programa ¡Acompáñame! también contempla la sensibilización general y especializada como un pilar clave, junto a la actividad de formación, para la implantación de la figura del Agente de Apoyo Mutuo. Para ello considera otras acciones, tales como la realización de jornadas divulgativas, asistencia a foros externos, aparición en prensa, presentación en los diferentes dispositivos de salud mental, elaboración de materiales y guías sobre los agentes de apoyo mutuo.

Con este trabajo, queremos presentar la novedosa implantación en las localidades navarras de Pamplona y Tudela de la práctica del apoyo entre iguales en salud mental, contando con el asesoramiento académico de la Universidad de Burgos, que acredita la formación, el apoyo de la Gerencia de Salud Mental de Navarra y el apoyo económico del Ayuntamiento de Pamplona a través de la concesión de una subvención. Además de ello, nos fue concedido el reconocimiento del Departamento de Derechos Sociales de Gobierno de Navarra en diciembre 2022 del Accesit en el III Premio de Innovación Social en los Servicios Sociales de Navarra, destacando su viabilidad, replicabilidad y eficiencia.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es analizar los resultados obtenidos en Navarra con la implementación del Programa ¡Acompáñame!.

METODOLOGÍA

Se lleva a cabo una investigación evaluativa con la finalidad de recoger y analizar los resultados obtenidos con la puesta en práctica del programa. En el estudio se emplea una metodología cuantitativa a través de los datos obtenidos en las diferentes pruebas que conforman la evaluación del programa ¡Acompáñame!.

DESARROLLO

Diseño

El Programa ¡Acompáñame! se compone de doce sesiones formativas, más dos de evaluación (inicial y final), con una duración de ciento veinte minutos cada una. En las sesiones se trabajan como temas centrales: recuperación, apoyo mutuo, fortalezas, comunicación, funciones, límites, identificación y superación de obstáculos. Las sesiones se han estado realizando con carácter semanal durante tres meses, en un centro cívico de Pamplona y en instalaciones de la UNED en Tudela.

El programa está acreditado por la Universidad de Burgos con un total de veinticinco horas.

Previa implementación, el programa ha sido validado por un panel de expertos y expertas en la materia.

Muestra

En Navarra se han celebrado tres ediciones del Programa ¡Acompáñame!. La primera de marzo a junio de 2021, en Pamplona. En la misma, participaron un total de doce personas, siendo siete de ellas mujeres y

cinco hombres. La segunda edición, también se desarrolló en la capital navarra. En esta ocasión, fueron igualmente doce personas quienes asistieron. De ellas, seis mujeres y seis hombres. La tercera edición tuvo lugar en Tudela, de mayo a julio de 2022. La participaron fue de diez personas, cinco hombres y cinco mujeres.

Dos de las personas participantes de la primera edición no completaron el curso, por lo que la muestra está formada por treinta y dos personas (dieciséis hombres y dieciséis mujeres) con edades comprendidas entre los 21 y los 65 años; y una edad media de 47,6 años.

Instrumentos

En la sesión número 13, Evaluación Final, se recopiló la información referida a la evaluación continua (evaluación del proceso) y se llevaron a cabo diferentes pruebas (test de conocimientos, dos *role playing*, estudio de casos y valoración de las personas expertas) para determinar si la persona era apta o no. En la Tabla 1 se describen las pruebas que conforman la evaluación final y el valor de cada una de ellas en la puntuación final.

Pruebas	Peso puntuación final (%)
Evaluación del proceso seguido (Hojas de registro)	30
Test de conocimientos	20
<i>Role playing</i> - presentación	10
<i>Role playing</i> - representación	10
Estudio de casos	15
Valoración de los expertos	15

Tabla 1: Pruebas de evaluación final

Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se emplea el programa estadístico IBM SPSS 25 (Licencia de la Universidad de Burgos). En primer lugar, se realiza la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se observa que no cumple criterios de distribución

normal, por lo tanto, se realizan análisis descriptivos e inferenciales no paramétricos estableciendo el nivel de significación en $p < .05$.

RESULTADOS

En la Tabla 2 se recogen las puntuaciones medias de las personas participantes en cada edición, según las pruebas realizadas, y la puntuación media de todas las personas participantes.

Prueba	Media	Media	Media	Media (\bar{x})
	(\bar{x}) 1ª Ed.	(\bar{x}) 2ª Ed.	(\bar{x}) 3ª Ed.	1ª, 2ª y 3ª Ed.
Evaluación del proceso seguido	23,3	24,41	26,7	24,78
Test de conocimientos	18,95	19,67	16,9	18,58
<i>Role playing</i> - presentación	7,52	6,94	7,75	7,37
<i>Role playing</i> - representación	7,40	7,50	7,70	7,53
Estudio de casos	9,51	10,48	11,45	10,48
Valoración de los expertos	14,5	12,08	12,90	13,09
PUNTUACIÓN FINAL	81,11	81,93	83,40	82,13

Tabla 2: Puntuaciones medias 1ª, 2ª y 3ª edición

Según el valor de cada una de las pruebas que conforman la evaluación final (Tabla 1), la puntuación total de las personas participantes varía entre 63,3 y 96,6 puntos (sobre 100). En la Figura 1 se observan las calificaciones obtenidas por los y las participantes, agrupadas en 4 rangos: Bien (6-7), Notable (7-8), Notable Alto (8-9) y Sobresaliente (9-10).

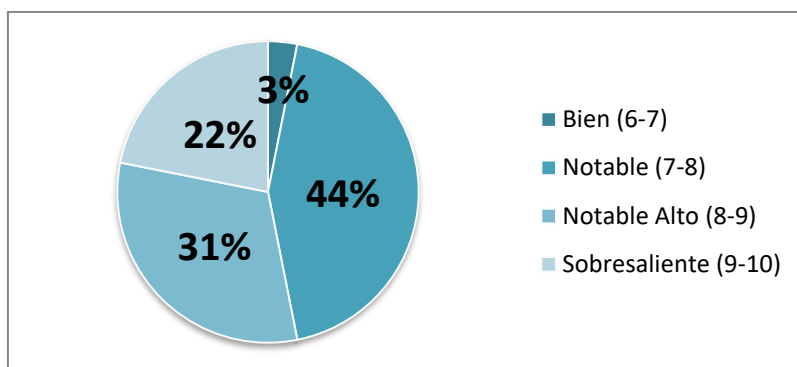


Figura 1: Calificaciones participantes

Casi la mitad de las personas (44%) han obtenido una puntuación final de Notable, seguido por un Notable Alto obtenido por 10 personas (31%). El Sobresaliente fue alcanzado por 7 personas (22%) y el Bien logrado por una persona (3%).

La media de las puntuaciones finales de los participantes es de 82,13 puntos, es decir de 8,21 sobre 10, una calificación media de notable alto.

Cada una de las pruebas requiere una puntuación mínima para ser superada. En la Tabla 3 se detalla la puntuación mínima exigida, la máxima alcanzable, la media obtenida en cada una y la desviación típica.

Prueba	Mínimo requerido	Puntuación máxima posible	Media (\bar{x})	Desviación Típica
Evaluación del proceso seguido	15	30	24,78	3,53
Test de conocimientos	7	20	18,58	1,74
Role playing – presentación	5	10	7,37	1,71
Role playing - representación	5	10	7,53	1,93
Estudio de casos	10	15	10,48	2,62
Valoración de los expertos	10	15	13,09	2,04

Tabla 3: Puntuación mínima, máxima y media

Las puntuaciones medias obtenidas en cada una de las pruebas superan la puntuación mínima requerida. La mayor variabilidad en las puntuaciones (según la DT) la encontramos en la evaluación del proceso (DT=3,53), seguido del estudio de casos (DT=2,62).

A continuación, se exponen las diferencias encontradas en las puntuaciones de las treinta y dos personas participantes en cada una de las pruebas según tres variables: sexo, grupo de edad y edición en la que han participado. Para ello se realizan las pruebas de rangos U de Mann Whitney y Krusall Wallis.

Según el sexo, teniendo en cuenta el valor de la sig., se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el rango medio en la prueba estudio de casos ($U=2,23$, $p=.026$), siendo el rango promedio mayor en las mujeres (20,19 frente al 12,81 de los hombres), en la valoración de los evaluadores ($U=2,123$, $p=.034$) siendo el rango promedio superior en las mujeres (19.88 frente al 13.12 de los hombres) y en la nota final ($U=2,338$, $p=.019$) siendo el también el rango promedio superior en las mujeres (rango medio mujeres 20.38; 12.62 en los hombres).

Respecto a la edad (Figura 2), se ha agrupado a las personas participantes en tres categorías (1: 20-35; 2: 36-50; 3: 51-65), encontrando diferencias estadísticamente significativas en el rango medio en el test de conocimientos ($\chi^2=12.05$, $p=.002$) siendo el rango promedio más alto en participantes más jóvenes con edades entre 20 y 35 años (rango promedio grupo 1: 24.5; grupo 2: 19.17; grupo 3: 10.79).

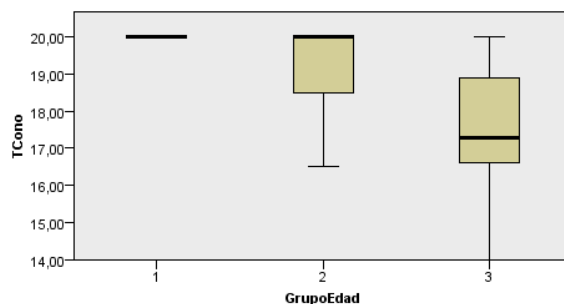


Figura 2: Krusall Wallis: Test de conocimientos según grupo edad.

Finalmente, según la edición en la que han participado (1ª, 2ª o 3ª), se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los rangos promedio del test de conocimientos ($\chi^2=15.819$, $p=.0001$) siendo superior en la segunda edición (rango medio 1ª: 19.15; 2ª: 21.79; 3ª: 7.50) y en la puntuación de los y las evaluadoras ($\chi^2=9.975$, $p=.007$) siendo superior en la primera edición (1ª: 23.80; 2ª: 12.08; 3ª: 14.05).

Además, se ha realizado un análisis de correlación (Tabla 4) entre las distintas pruebas que conforman la evaluación final del programa. Encontramos una correlación positiva fuerte entre el role playing de representación con el role playing de presentación ($r_s=.621$, $p=.000$) y moderadas con la evaluación del proceso ($r_s=.406$, $p=.021$) y la valoración de los expertos ($r_s=.372$, $p=.036$). Es decir, a mayor puntuación en la prueba de la representación, puntuaciones superiores en las otras pruebas. Y, correlaciones positivas moderadas entre la evaluación del proceso y el estudio de casos ($r_s=.372$, $p=.036$) y con la valoración de los expertos ($r_s=.362$, $p=.42$).

	1	2	3	4	5	6
Test conocimientos	-					
RP: Presentación	-.189	-				
RP: Representación	.001	.621***	-			
Estudio casos	.139	.014	.127	-		
Evaluación Proceso	-.110	.243	.406*	.372*	-	
6. Valoración expertos	-.30	.110	.372*	.066	.362*	-

***. La correlación es significativa en el nivel 0,0001

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05

Tabla 4: Análisis de correlación

CONCLUSIONES

Los análisis de los resultados expuestos dirigen hacia un panorama esperanzador. Pese a no disponer de estándares reconocidos en población española para esta práctica, lo cual impide la comparación de experiencias en el territorio nacional, cabe destacar la importancia de la evaluación en este tipo de programas formativos.

El consistente proceso de evaluación con el que cuenta ¡Acompáñame! permite extraer datos tanto para la mejora del alumnado como del Programa. En este estudio, todas las personas participantes, que han completado la formación, han obtenido la calificación de Apto. La media de las puntuaciones finales es de notable alto (8.21/10). Esta elevada nota media puede estar relacionadas con el principio “*Helper Therapy*” o terapia de ayuda de Riessman (1965), que sostiene que las personas que ayudan a las demás, son a su vez ayudadas a sí mismas. Pero esto no implica que, a pesar de los beneficios personales, posteriormente todas van a desempeñar funciones de Agentes de Apoyo Mutuo.

Las diferencias significativas entre las puntuaciones de mujeres y hombres, a favor de las mujeres, sugiere la necesidad de investigar las causas o razones de estos resultados con el objetivo de potenciar las variables responsables en ambos sexos.

Respecto a la edad, con resultados mejores en personas más jóvenes lleva a discernir dos planteamientos, el hecho biológico en sí, mentes más jóvenes y por lo tanto más preservadas y el iatrogénico, la responsabilidad profesional en la evolución de las personas con muchos años de tratamiento.

La evaluación tiene en cuenta el proceso seguido durante la formación (evaluación continua) así como la puesta en práctica de lo trabajado durante las sesiones (pruebas de *role playing* y estudio de casos). Estos ejercicios prácticos de simulación que se desarrollan en la evaluación final fomentan el aprendizaje experimental (Aguado et al., 2011) permitiendo a las personas participantes aprender desde su propia experiencia ya que este es el recurso fundamental para su desempeño.

Esta formación, y otras acciones de características similares a este programa, inician el camino hacia la creación y el desarrollo de un nuevo perfil profesional. Un perfil acorde con nuevos modelos de intervención donde la persona usuaria adquiere el protagonismo de su propia recuperación.

Este nuevo perfil profesional promueve la incorporación al mercado de trabajo de este grupo laboralmente excluido (Valero et al., 2013). Además, su

participación en equipos junto con el resto de profesionales de la salud mental permitirá ofrecer un verdadero y completo modelo integrado de cuidado (Smith y Bradstreet, 2011; Watson et al., 2016).

Asimismo, los programas de formación basados en el apoyo entre iguales para personas con problemas de salud mental, como ¡Acompáñame!, ponen en valor el saber experiencial (Ardilla et al., 2013), por lo que se necesita más investigación que demuestre la efectividad de estos programas de formación con un mayor nivel de evidencia (Chinman et al., 2017). Es por todo esto por lo que podemos afirmar la necesidad de continuar esta línea investigadora que garantice la calidad de la investigación, el diseño de experiencias y su impacto.

Tras estos resultados y el grado de satisfacción del alumnado se está desarrollando un curso especialista para el desarrollo de la figura de Agentes de Apoyo Mutuo. La formación contará con 150 horas que incluye un periodo de prácticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

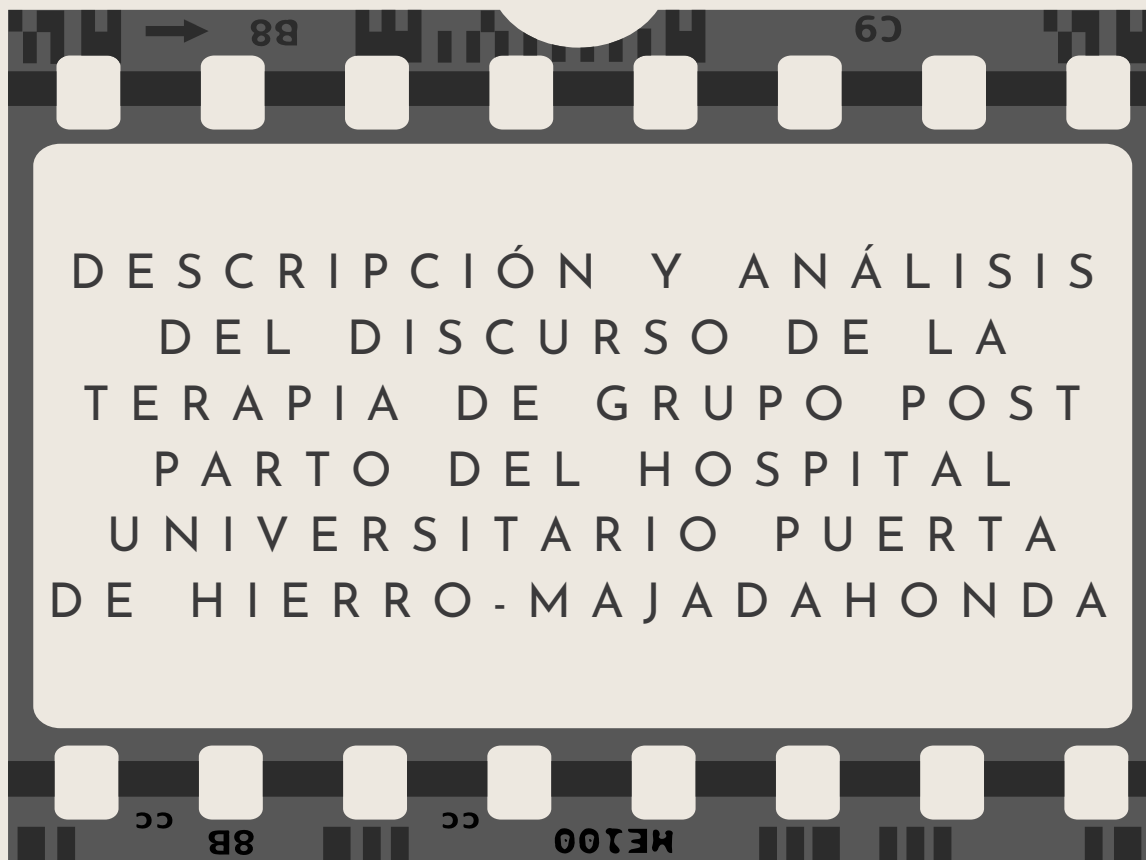
- Aguado, D., Arranz, V., Valera-Rubio, A. y Marín-Torres, S. (2011). Evaluación de un programa blended-learning para el desarrollo de la competencia trabajar en equipo. *Psicothema*, 23(3), 356-361.
- Ardila, S., Agrest, M., Abadi, D. y Cáceres, C. (2013). El aporte de los pares al trabajo en Salud Mental: Consideraciones acerca de las relaciones entre los sistemas formales e informales de ayuda. Relato de una experiencia. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 24(112), 465-471.
- Campos, F., Sousa, A., Rodrigues, V., Marques, A., Queirós, C., y Dores, A. (2016). Directrices prácticas para programas de apoyo entre personas con enfermedad mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(2), 97- 110. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.06.002>
- Chinman, M., McInnes, D.K., Eisen, S., Ellison, M., Farkas, M., Armstrong, M., y Resnick, S.G. (2017). Establishing a research agenda for understanding

the role and impact of mental health peer specialists. *Psychiatric Services*, 68(9), 955-957. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700054>

- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. y Miller, R. (2009). Apoyo de compañeros entre las personas con enfermedades mentales graves: un análisis de evidencia y experiencia. *World Psychiatry (Ed. Esp.)*, 10(2), 123-128.
- Eiroa-Orosa, F.J. y Sánchez-Moscona, C. (2023). Implementación de la figura de agente de apoyo entre iguales en salud mental: una perspectiva internacional en el contexto de su implementación en Cataluña. *Salud colectiva*, 19.
- Gillard, S. y Holley, J. (2014). Peer workers in mental health services: literature overview. *Advances in psychiatric treatment*, 20(4), 286-292. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011940>
- International Association of Peer Supporters (INAPS) (2018). *What is peer supporter?* <https://cutt.ly/rhxe8rB>
- Ley 14/86, de 25 de abril, general de Sanidad. «BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986.
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S. y Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC psychiatry*, 14(39). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-39>
- Mead, S. y MacNeil, C. (2006). Peer support: What makes it unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 29-37.
- Ratzlaff, S., McDiarmid, D., Marty, D. y Rapp, C. (2006). The Kansas Consumer as Provider program: Measuring the effects of a supported education initiative. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(3), 174–182. <https://doi.org/10.2975/29.2006.174.182>
- Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R. y Rennison, J. (2013). *Peer support workers: Theory and practice*. Centre for Mental Health.

- Riessman, F. (1965). The " helper" therapy principle. *Social work*, 10(2), 27-32.
- Sanchez-Moscona, C., y Eiroa-Orosa, F.J. (2021). Training mental health peer support training facilitators: a qualitative, participatory evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 261–273. <https://doi.org/10.1111/inm.12781>
- Smith, L. y Bradstreet, S. (2011). *Experts by experience: guidelines to support the development of Peer Worker roles in the mental health sector*. Scottish Recovery Network.
- Tejedor, F.J. (2000). El diseño y los diseños en la evaluación de programas. *Revista de investigación educativa*, 18(2), 319-339.
- Valero, L., Miñambres, M., Coletas, J. y Justicia-Díaz, A. (2013). El usuario como miembro del equipo multidisciplinar: reflexiones y perspectivas en los cuidados de salud mental. *XXX Congreso Nacional de Enfermería y Salud Mental: Sevilla*. 942-954.
- Watson, E., Lambert, M. y Machin, K. (2016). Peer support training: values, achievements and reflections. *Mental Health Practice*, 19(9), 22-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.7748/mhp.19.9.22.s20>
- Watson, E., Lambert, M. y Machin, K. (2016). Peer support training: values, achievements and reflections. *Mental Health Practice*, 19(9), 22-27. <https://doi.org/10.7748/mhp.19.9.22.s20>
- Zabaleta, R., Lezcano, F. y Perea, M.V. (2021). Revisión de los programas de formación para el apoyo entre iguales en salud mental en España. *Interdisciplinaria*, 38(2), 183-198. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.12>

COMUNICACIÓN



DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS
DEL DISCURSO DE LA
TERAPIA DE GRUPO POST
PARTO DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO PUERTA
DE HIERRO - MAJADAHONDA

Autoras:

Sara Arias Rubio - Psicóloga Clínica

Rocío Paricio del Castillo - Psiquiatra

Hospital Universitario Puerta de Hierro

INTRODUCCIÓN

Cada vez se visibilizan más las necesidades de las mujeres en el periodo perinatal y la realidad que comprende este periodo de la vida. Se intenta dejar atrás la visión dulcificada de la maternidad, poniéndose sobre la palestra conceptos como depresión post parto o violencia obstétrica (Merino, 2017). En las sociedades occidentales, como la española, las redes naturales de apoyo empiezan a disolverse y las maternidades comienzan a ser solitarias, con los riesgos y dificultades que ello presenta (del Olmo, 2013). Desde las organizaciones, tanto públicas como privadas, se llevan a cabo diferentes programas de actuación que inciden en el periodo perinatal, mostrando así la importancia de solventar las problemáticas emocionales que las mujeres púerperas padecen en pro de mejorar el vínculo y la diada mamá-bebé, lo que supone un beneficio para ambos (Fominaya, 2023).

La Salud Mental Perinatal es la rama de la salud mental que atiende a la diada mamá-bebé y a las mujeres en sus procesos reproductivos. Su ámbito abarca la concepción (tanto por técnicas de reproducción asistida como embarazo espontáneo), embarazo, parto, puerperio, crianza y duelo perinatal (Olza, 2019).

PROGRAMA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL PERINATAL

El Programa de Psiquiatría y Salud Mental Perinatal del Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda comenzó su andadura en el año 2009, inscrito dentro de la sección de Psiquiatría Infantil. El foco del Programa está puesto en el cuidado del vínculo madre-bebé, crucial para desarrollo sano del niño y, por tanto, con una visión preventiva del desarrollo de posibles futuros trastornos mentales en el niño, el adolescente y adulto (Olza y Palanca, 2012).

El Programa se vertebra desde la Interconsulta y Enlace con la Unidad de Neonatología, interviniendo en la diada madre-bebé en prematuridad y/o enfermedades graves, y desde la Interconsulta con el Servicio de Obstetricia y Ginecología, para atender a las mujeres embarazadas con dificultades emocionales relacionadas con su embarazo. El Programa ofrece su atención en 3 niveles de intervención: durante la hospitalización, tanto de la embarazada

como del recién nacido, individualmente en consultas externas o en terapias de grupo, desarrollándose grupos de embarazo, postparto y duelo perinatal.

El Programa cuenta con los siguientes criterios de inclusión:

1. Mujeres puérperas ingresadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia con sospecha de psicopatología sin antecedentes psiquiátricos
2. Mujeres embarazadas con psicopatología ansioso-depresiva relacionada con el embarazo actual o con historia obstétrica, sin antecedentes psiquiátricos. Ejemplos: tocofobia, TEPT en relación con procesos de embarazo y parto previos, embarazos de alto riesgo y duelos complicados por pérdidas gestacionales anteriores.
3. Valoración y atención a madres/padres después de 24 horas de la muerte neonatal precoz o tardía.
4. Valoración y atención a mujeres con interrupción del embarazo potencialmente traumáticas, con afectación psicopatológicas, como por ejemplo finalización de embarazos a partir de semana 20, malformaciones graves del feto, abortos de repetición y pérdidas posteriores a técnicas de reproducción asistida

Por otro lado, los criterios de exclusión del Programa serían

1. Mujeres con antecedentes de trastorno mental grave o en seguimiento actual en salud mental. En ese caso, deberá realizarse la derivación a su CSM de referencia.
2. Mujeres que no pertenezcan al Área del H.U. Puerta de Hierro-Majadahonda. Durante su ingreso en el hospital, se realizará la atención a modo de interconsulta hospitalaria, pero una vez dadas de alta, deberá canalizarse la petición de atención a sus centros de referencia.

En la siguiente comunicación, vamos a centrarnos en la experiencia psicoterapéutica del grupo postparto realizado desde diciembre de 2022 hasta abril de 2023. En este grupo participaron mujeres puérperas con bebés desde el nacimiento hasta los 7 meses de edad. Antes de comenzar la terapia grupal, se

realizó una evaluación para conocer las dificultades que presentaban y elaborar con ellas el plan de tratamiento que mejor se adecúe a sus necesidades.

OBJETIVOS

Los objetivos de esta investigación son:

- Describir las características principales del grupo de psicoterapia post parto del H.U. Puerta de Hierro-Majadahonda.
- Realizar el análisis del discurso del grupo de psicoterapia post parto del H.U. Puerta de Hierro-Majadahonda, destacando las temáticas principales que aparecen y su frecuencia.
- Conocer el grado de satisfacción de las participantes del grupo de psicoterapia post parto del H.U. Puerta de Hierro-Majadahonda.

METODOLOGÍA

Para esta investigación vamos a utilizar una metodología mixta, tanto cuantitativa como cualitativa. Por un lado, se empleará la metodología cuantitativa para la descripción numérica de las características del grupo y de las encuestas de satisfacción de las participantes, y, por otro lado, una metodología cualitativa para obtener una visión en profundidad de las características de este grupo en particular y para llevar a cabo el análisis del discurso de las diferentes sesiones realizadas. En cada sesión se ha elaborado un registro del contenido trabajado, de donde se van a extraer las diferentes categorías abordadas y la frecuencia particular de cada una de ellas.

DESARROLLO

- a) Descripción de las características principales del grupo de psicoterapia post parto del H.U. Puerta de Hierro-Majadahonda.

El grupo de psicoterapia que vamos a analizar se inició en diciembre de 2022 y finalizó en abril de 2023, con un total de 14 sesiones. Su encuadre era semanal, de hora y media de duración, donde estaban convocadas las madres

puérperas, sus bebés y parejas. El grupo era abierto, pudiéndose incorporar pacientes en cualquier momento de este. El grupo lo dirigía la psicóloga clínica adscrita al Programa Perinatal junto con una residente de psicología clínica, que tenía un rol de observadora.

La conducción de dicho grupo por parte de la psicóloga clínica ha mantenido un perfil bajo de estructuración y directividad, intentando crear así un espacio de reflexión que partiese de los intereses de las madres puérperas del grupo. El objetivo básico era crear un clima de confianza y respeto donde las madres se sintieran seguras para mostrar las dificultades, dudas y temores respecto a la maternidad y su momento vital. El grupo se iniciaba con una ronda de presentación debido a la inclusión constante de nuevas participantes, y finalizaba, si precisaba, con la despedida de aquellas mamás que abandonaban el grupo.

En este grupo se han atendido un total de 12 madres. Tres pacientes abandonaron el grupo en este tiempo por incompatibilidad horaria tras reincorporarse a su puesto de trabajo, no existiendo abandonos por otros motivos. Durante estos meses, solo dos padres acudieron al grupo. La presencia de los bebés dependía de la decisión de las madres, aunque igualmente estaban convocados. Tres de los bebés ya acudían a Escuela Infantil, por lo que no acudieron a terapia. Del resto, seis bebés acudían con asiduidad al grupo y los otros tres bebés se quedaban a cargo de sus padres. En resumen, el 50% de las pacientes asistían con sus hijos y la otra mitad preferían acudir solas. Las madres que venían solas destacaban que “el grupo es un rato para nosotras”, subrayando así que el espacio terapéutico era un lugar de autocuidado personal, aunque las temáticas trabajadas giraban en torno a la maternidad y crianza.

Las edades de las pacientes oscilaban entre los 29 y los 43 años (36 años de media). En relación con antecedentes ginecológico-obstétricos, las pacientes que acudían al grupo tenían entre 1 y 3 hijos (1.75 hijos de media). 9 de las 12 mujeres atendidas (75% de las participantes) contaban con uno o más abortos previos, dato elevado teniendo en cuenta que se estima que entre el 10-20% de los embarazos terminan en un aborto. 5 de las pacientes habían llegado a la maternidad mediante técnicas de reproducción asistida, 2 de ellas por

ovodonación. Por tanto, el 41,6% de las pacientes atendidas habían logrado la maternidad con TRA, muy por encima de la media española (9% de los nacimientos en 2021). De estos datos se desprende que la población atendida en el Programa Perinatal tenía elevados antecedentes obstétricos de pérdidas perinatales y dificultades en lograr un embarazo.

El inicio del seguimiento en el Programa Perinatal era diverso. 2 de ellas habían realizado tratamiento durante su primer embarazo, y volvían a necesitar el servicio en su segunda maternidad. 6 de las pacientes iniciaron el tratamiento en nuestro Programa durante su embarazo y 4 de ellas en el post parto (dos derivadas desde obstetricia tras el parto y otras dos desde neonatología por ingresos de su recién nacidos). Por último, 2 de las pacientes iniciaron el tratamiento tras una pérdida gestacional, continuando su seguimiento durante el subsiguiente embarazo y post parto.

El Juicio Clínico de las pacientes atendidas en el grupo era el siguiente:

- 4 pacientes trastorno de adaptación con ansiedad.
- 5 pacientes trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido.
- 2 pacientes trastorno de adaptación mixto de emociones y conducta.
- 1 paciente TEPT tras su parto anterior.
- 1 paciente TOC.
- 1 paciente depresión post parto.

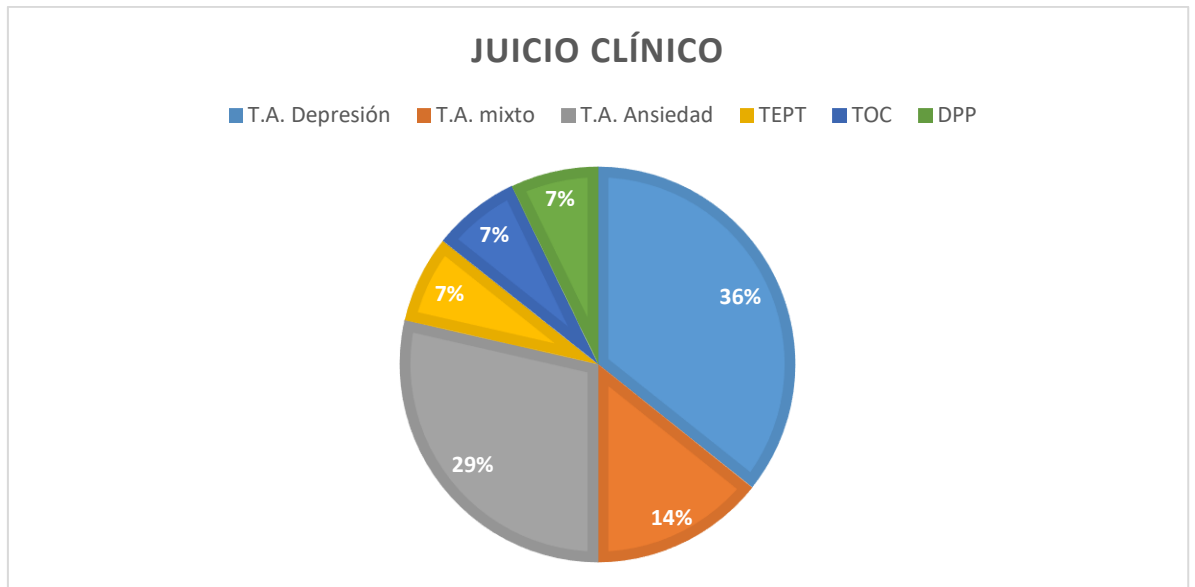


Tabla 1. Juicio clínico de las pacientes atendidas.

El plan de tratamiento individual de las pacientes que componían el grupo era:

- 6 pacientes solo acudían a psicoterapia grupal.
- 1 paciente acudía a psicoterapia individual y grupal.
- 4 pacientes acudían a psicoterapia grupal y seguimiento por parte de psiquiatría perinatal.
- 1 paciente acudía a psicoterapia individual, grupal y seguimiento por parte de psiquiatría perinatal.

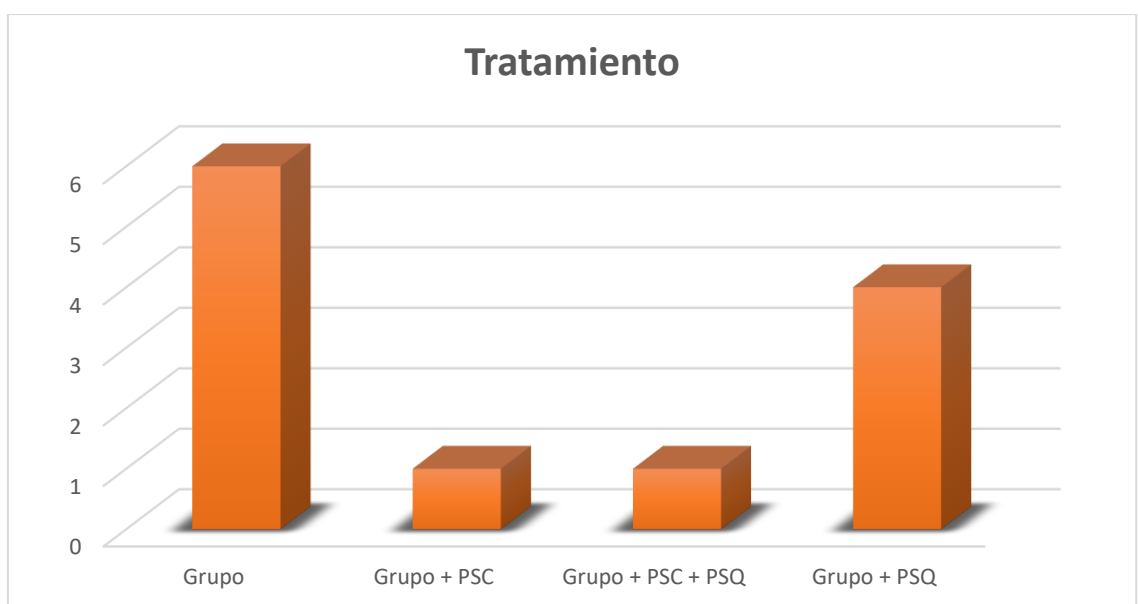


Tabla 2. Modalidad de tratamiento.

A mayor malestar anímico y psicopatología de la paciente, mayor requerimiento de intervención por nuestra parte, siendo la paciente con diagnóstico de depresión post parto la que mayor abordaje terapéutico presentaba.

b) Análisis del discurso del grupo de psicoterapia post parto.

A continuación, se va a hacer un breve resumen de las temáticas trabajadas en cada sesión de grupo.

Sesión 1: exigencias de la maternidad, la alimentación complementaria, problemas de sueño y dificultades con la lactancia materna.

Sesión 2: miedo a que le ocurra algo malo al bebé, dificultades con la lactancia, sentimiento de culpa por inicio de Escuela Infantil y sentimientos de soledad en la maternidad.

Sesión 3: situaciones conflictivas con las familias de origen, problemas de desbordamiento emocional al no comprender las demandas de los bebés, separación de su bebé por trabajo o inicio de Escuela Infantil (ambivalencia y culpa al respecto), lo transgeneracional de la crianza, lactancia materna y problemas de sueño.

Sesión 4: descripción de partos, dificultades con la lactancia materna y problemas en las relaciones con familia de origen.

Sesión 5: dificultades con la lactancia materna, temas relacionados con la crianza (chupete, cunas y colecho), problemas en el inicio de la Escuela infantil y problemas en el sueño.

Sesión 6: descripción de los partos, dificultades en los primeros meses de crianza, dificultades con la lactancia materna, inicio de la Escuela infantil y problemas de sueño.

Sesión 7: dificultades de sueño, la importancia del autocuidado para cuidar, situaciones conflictivas con la pareja y demanda social hacia el género femenino.

Sesión 8: dificultades en la crianza de bebés denominados de Alta Demanda, dificultades en la llegada de un nuevo bebé en una familia con hijos previos, la llegada de la menstruación y problemas de sueño.

Sesión 9: temas relacionados con la crianza (percentiles, cólicos del lactante, colecho, lactancia a demanda), reflexión sobre la maternidad deseada vs la impuesta socialmente y problemas de sueño.

Sesión 10: temor a la reincorporación al trabajo, problemas en la conciliación familiar, dificultades en el sueño, conflictiva con parejas y rol de cuidadora del género femenino (más allá de la maternidad).

Sesión 11: relaciones con la familia extensa y dificultades en la crianza (abuso de pantallas y nuevas tecnologías)

Sesión 12: dificultades en la lactancia materna y problema en la relación de pareja.

Sesión 13: dificultades en la lactancia materna, problemas en la relación de pareja, elevada demanda hacia la madre que requiere la crianza de un bebé, problemas de sueño y medicación psiquiátrica.

Sesión 14: se realiza cierre grupal, reflexión sobre el momento vital de cada una y la necesidad de continuar en terapia, dificultades en la lactancia materna y dificultades en la reincorporación al mundo laboral (penalización en su esfera profesional por haber sido madres)

Lo trabajado en las 14 sesiones se puede agrupar en las siguientes categorías, indicando también la frecuencia, en porcentaje, de las veces que se trataron cada una de las temáticas en el grupo de psicoterapia:

- Maternidad: temáticas que hacen alusión a su rol como madre y a la vinculación de ellas hacia el bebé. 16.94%
- Crianza: temas relacionados con el “estar en el mundo” del bebé, sus necesidades y lo que se le debe proporcionar. 28.81%
- Lactancia: por lo general, reflexión sobre todos aquellos temas que aluden a la lactancia materna, pero también a lactancias artificiales o mixtas. 15.25%

- Sueño: dificultades en el sueño de los bebés. 13.55 %
- Mundo laboral: temáticas relacionadas con su esfera profesional. 6.77%
- Relaciones con la familia de origen: temas relacionados con lo transgeneracional, tanto dificultades en hacer respetar su forma de criar dentro de sus familias de origen, como la influencia que la forma de haber sido criadas tiene en su maternidad. 5.08%
- Alimentación complementaria: temáticas relacionadas con la alimentación más allá de la leche (materna o artificial). 1.64%
- Parto: narraciones y dificultades en sus partos, actuales o pasados. 3.38%
- Pareja: temáticas relacionadas con la convivencia en el hogar, rol paterno, cambios en la pareja tras la maternidad y diferente visión de la crianza de cada uno de los miembros de la pareja. 6.77%
- Medicación: tratamientos antidepresivos y ansiolíticos. 1.64%

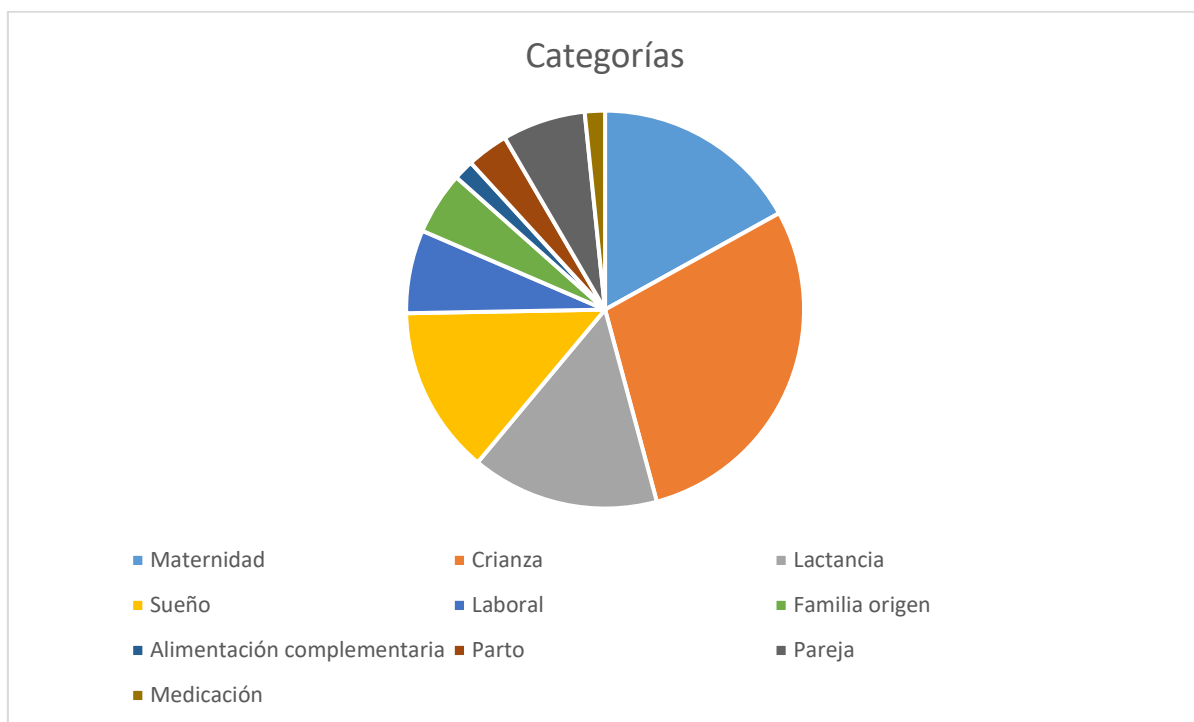


Tabla 3. Categorías y frecuencia de las temáticas en la terapia grupal.

c) Grado de satisfacción de las participantes del grupo de psicoterapia post parto

Tras finalizar el grupo, se proporcionó vía correo electrónico una encuesta de satisfacción a las pacientes que habían participado en el grupo. De las 12 participantes, solo 5 contestaron al cuestionario. Los datos de satisfacción fueron muy elevados, obteniendo una puntuación de 9.75 sobre 10 en las categorías de “grado de satisfacción global de la atención psicológica recibida” y “utilidad de la participación en el grupo de posparto para ti y tu/s bebé/s”.

Algunos de los motivos por los que las pacientes acudían al grupo eran: sentirme comprendida por las demás participantes, sentirme reconfortada por el apoyo del grupo, compartir miedos y preocupaciones, resolver dudas, construir el vínculo con mi bebé pese a las dificultades, entender mejor las necesidades de mi bebé, sentirme con capacidad para cuidar y criar a mi bebé y sentir que mi testimonio podía ser de ayuda para otras madres del grupo.

En el apartado de observaciones respecto al programa, las pacientes destacaron: “me gustaría agradecerle a mi psicóloga Sara el permitirme participar en este grupo. Realizó un trabajo fabuloso formando una tribu que nos ha permitido compartir experiencias y el hacernos relativizar las cosas”.

“Para mí fue muy importante tener este apoyo casi desde el primer momento, no entendía nada de lo que me pasaba, era un embarazo deseado y aparentemente era muy feliz con mi vida diaria. Sin embargo, gracias a las sesiones grupales e individuales pude comprender de dónde venía mi malestar y lo pude llevar mucho mejor, evitando una depresión posparto que para mí hubiera sido fatal”.

En puntos a mejorar, una paciente expresó; “no conocía la existencia de esta unidad, sería muy positivo que se le diera una mayor difusión”.

CONCLUSIONES

El apego seguro es un vínculo emocional positivo y estable que se forma entre un niño y su cuidador principal, generalmente la figura materna. Este vínculo se desarrolla durante los primeros años de vida y tiene un impacto significativo en el desarrollo cognitivo, emocional y social del niño (Marrone, 2001). Bowlby, autor ampliamente conocido por ser el fundador de la teoría del

apego, explicaba que, *desde el punto de vista del niño, los lazos afectivos que lo unen a su madre son los lazos más importantes de su vida, los cuales proporcionan el modelo básico para todas las relaciones futuras.*

La teoría del apego ha demostrado que un apego seguro se relaciona con un mejor desempeño académico, una mayor capacidad para establecer relaciones interpersonales saludables y una menor incidencia de problemas de salud mental. Por otro lado, un apego inseguro puede causar dificultades emocionales y de comportamiento en el futuro (Marrone, 2001).

La intervención psicológica temprana, centrada en el vínculo mamá-bebé, como el Programa de Psiquiatría y Salud Mental Perinatal que se lleva a cabo en el Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda, puede ayudar a fomentar un apego seguro entre un niño y su cuidador, y de esta manera, evitar psicopatología en el niño, y, por ende, en el futuro adulto.

Las pacientes con la que se trabaja en el Programa Perinatal descrito es un grupo de madres con elevados antecedentes ginecológico-obstétricos, siendo una población vulnerable de cara a crear lazos satisfactorios con sus recién nacidos.

Las sesiones de psicoterapia realizadas estaban enfocadas en las dificultades que enfrentan las madres durante los primeros momentos del período de crianza de sus hijos. Las diferentes sesiones abordaban temas relacionados con la maternidad, la crianza, la lactancia materna, el sueño y la relación con la familia y la pareja, entre otros. En resumen, estas sesiones de psicoterapia proporcionaron un espacio seguro y de apoyo para que las madres compartieran sus experiencias y recibieran orientación y estrategias para enfrentar los desafíos de la crianza y la maternidad.

En relación con la satisfacción por la atención recibida, se puede concluir que el grupo de psicoterapia postparto fue una experiencia muy positiva para las mujeres que participaron en él. Aunque solo 5 mujeres respondieron a la encuesta, las puntuaciones obtenidas en las categorías de satisfacción global y utilidad del grupo fueron muy elevadas, con una media de 9.75 sobre 10.

Las razones por las que las pacientes acudieron al grupo fueron principalmente la necesidad de sentirse comprendidas y apoyadas, compartir preocupaciones y resolver dudas sobre la crianza del bebé. Además, destacaron la importancia de construir el vínculo con el bebé y sentirse capaces de cuidarlo y criar a pesar de las dificultades. Las pacientes expresaron su gratitud por el apoyo recibido, que les permitió comprender mejor sus emociones y evitar una posible depresión posparto.

En cuanto a las mejoras, una paciente sugirió dar una mayor difusión a la existencia de la unidad, lo que podría permitir que más mujeres se beneficien de este tipo de programas de apoyo psicológico postparto.

En general, los resultados sugieren que este tipo de grupos pueden ser una herramienta útil para apoyar a las madres en el período posparto y mejorar su bienestar emocional y el de sus bebés. Sería interesante poder crear más Programas de atención psicológica a mujeres embarazadas o puérperas, a modo de atención en prevención primaria, de cara a evitar un mayor aumento de psicopatología en la infancia y la adolescencia.

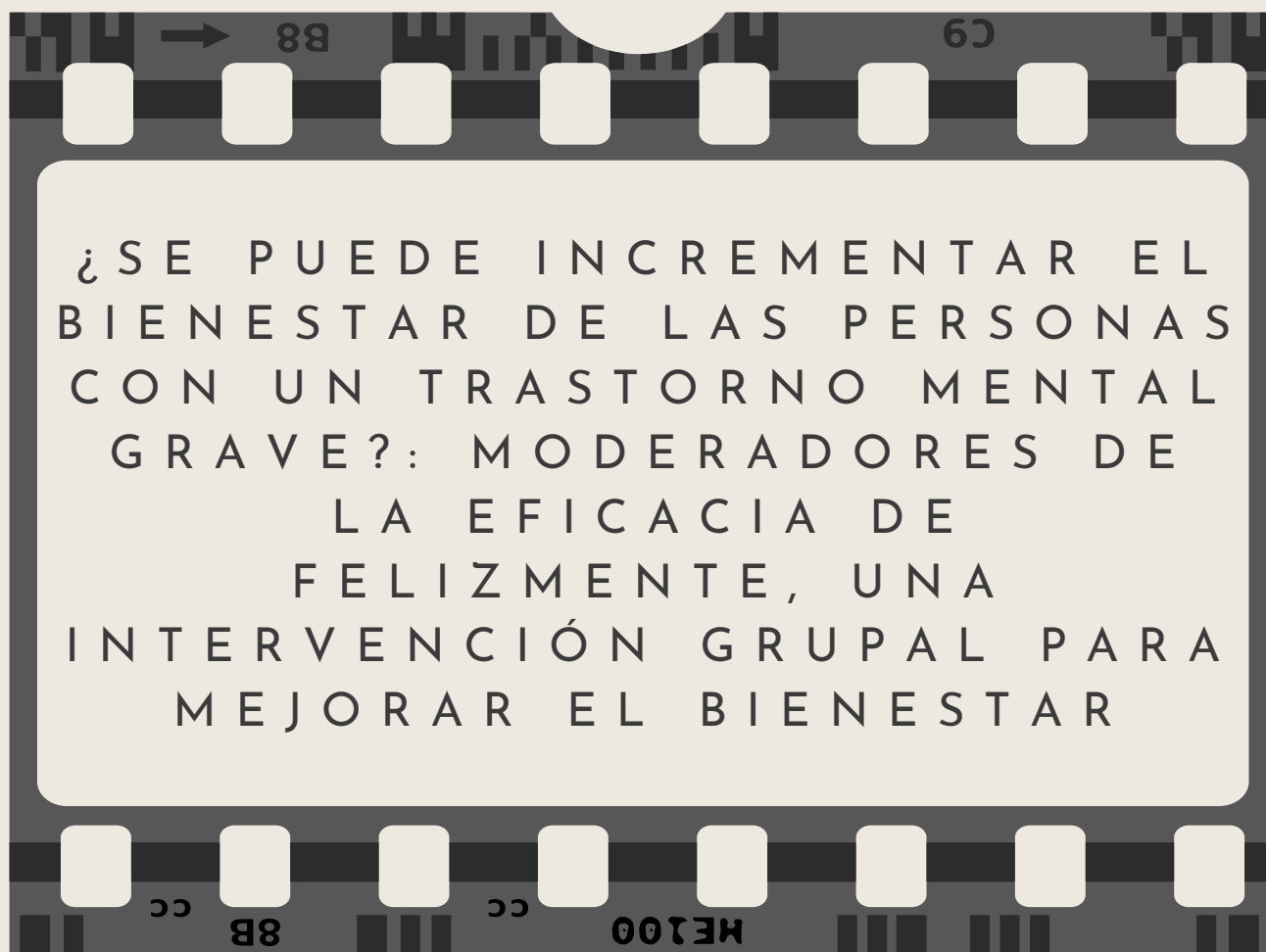
El vínculo entre madre e hijo es la base de la confianza y la empatía, es el primer lugar donde aprendemos a amar y ser amados. T. Berry Brazelton

BIBLIOGRAFÍA

- AEN (sección de infantil), SEYPNA. (2015). “Psiquiatría perinatal del niño de 0-3 años”. AEN.
- Fominaya, C. (2023). “Mejorar la atención los primeros 1.000 días de vida puede cambiar o mejorar el diagnóstico del niño”. ABC. Recuperado de <https://www.abc.es/familia/padres-hijos/mejorar-atencion-primeros-1000-dias-vida-puede-20230417150051-nt.html>
- Marrone, M. (2001). “La teoría del apego, un enfoque actual”. Psimática, Madrid.
- Merino, P. (2017). “Maternidad, igualdad y fraternidad”. Clave intelectual, Madrid.

- del Olmo, C. (2013). “¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista”. Clave intelectual, Madrid.
- Olza, I., Fernandez Lorenzo, P., González Uriarte, A., Herrero Azorín, F., Carmona Cañabete, S., Gil Sánchez, A., Amado Gómez, E., & Emil Dip, M. (2021). “Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal”. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 41(139), 23-35.
- Olza, I, Fernández Lorenzo, P., Zabala Iturriagagoitia, J., & Casado Mejía, R. (2019). “Salud Mental Perinatal: un área fundamental de la salud pública”. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 39(132), 101-108.
- Olza, I., & Palanca, I. (2012). “La experiencia del programa del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda”. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 101, 55-64.
- Yalom, I. D. (1996). “Guía breve de psicoterapia de grupo”. Paidós, Barcelona.

COMUNICACIÓN



¿SE PUEDE INCREMENTAR EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CON UN TRASTORNO MENTAL GRAVE?: MODERADORES DE LA EFICACIA DE FELIZMENTE, UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PARA MEJORAR EL BIENESTAR

Autoras:

Regina Espinosa López - Universidad Camilo José Cela

Carmen Valiente Ots - Universidad Complutense de Madrid

Almudena Trucharte Martínez - Universidad Camilo José Cela

Alba Contreras Cuevas- Universidad Católica San Antonio de Murcia

Vanessa Peinado Tena - Universidad Camilo José Cela

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años las intervenciones psicológicas han estado centradas en la reducción del malestar y de los síntomas, sobre todo, en las personas con trastorno mental grave (TMG). Sin embargo, en los últimos años se ha visto que trabajar el bienestar psicológico es un objetivo factible, incluso, en el contexto de una vida condicionada por un TMG. Bergsma et al. (2011) descubrieron que padecer un problema de salud mental no excluye la presencia de emociones positivas, ya que casi el 70% de las personas diagnosticadas con un trastorno mental declararon haberse sentido a menudo felices en las semanas anteriores a la entrevista. Según el modelo de recuperación de Keyes (2007), las personas con un trastorno mental pueden tener también altos niveles de bienestar. Así, Leamy et al., (2011) mostraron que el proceso de recuperación de las personas con TMG puede favorecerse si se interviene en los componentes específicos del bienestar. Por ejemplo, Slade (2010) propone el desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia que complementen el proceso de recuperación a través del trabajo y del desarrollo de una vida con propósito y sentido. En relación a esto, cabe destacar la revisión sistemática de Slade et al. (2012), en la que se identificaron cinco procesos claves para la recuperación estrechamente relacionados con el bienestar: conexión, esperanza y optimismo sobre el futuro, identidad positiva, sentido de la vida y empoderamiento (CHIME). Por tanto, la promoción del bienestar y la autoaceptación son señalados por la literatura previa como esenciales en el proceso recuperación de cualquier problema de salud mental (Jeste et al., 2017). Sin embargo, los estudios meta-analíticos sobre las intervenciones psicológicas para personas con un TMG como la esquizofrenia y que, habitualmente están centradas en la reducción del malestar, reflejan efectos pequeños sobre el bienestar. Esto sugiere que la mejora de los síntomas o del funcionamiento no conlleva, necesariamente, a una mejora automática del bienestar (Valiente et al., 2019) y subraya la importancia de que se desarrollen intervenciones centradas específicamente en el incremento del bienestar.

La literatura muestra que la implementación de las intervenciones basadas en psicología positiva (IPP) para personas con esquizofrenia es plausible, fiable y eficaz para la mejora del bienestar y sus dimensiones (Chu et

al., 2022). En particular, cada vez hay más pruebas prometedoras que indican que la aplicación de IPP en los servicios psiquiátricos puede mejorar la salud mental de las personas con TMG (Geerling et al., 2020).

Considerando todo lo anterior, recientemente, se ha evaluado la eficacia y la viabilidad de un protocolo de intervención grupal multicomponente (*Felizmente*) para mejorar el bienestar de personas con TMG (Valiente et al., 2022). Esta intervención combina estrategias de tercera generación como la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y las intervenciones de atención plena (mindfulness), con ejercicios de las IPP adaptados a las personas con TMG y previamente validados. Su formato es grupal, consta de 11 sesiones, de 90 minutos repartidas, en 3 módulos de trabajo (Emociones, Autoaceptación y Valores y propósito de vida) (ver tabla 1) (Valiente et al., 2021).

Módulo	Descripción de la sesión	Ejemplos contenidos clave	Estudios previos empíricamente validados
Emociones	Sesión 1: Bienvenida e introducción	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios para romper el hielo - Presentación de las normas, los materiales y la estructura del grupo - Presentación de los objetivos y estrategias de la psicología positiva 	
	Sesión 2: Identificación y amplificación de emociones positivas	<ul style="list-style-type: none"> - Mindfulness/Atención plena a las emociones agradables y desagradables - Comer saboreando 	Seligman et al., 2006
	Sesión 3: Regulación emociones negativas	<ul style="list-style-type: none"> - Aceptación de las emociones negativas - Metáforas ACT: Trampa china e invitado no deseado 	Kabat-Zinn, 1990 Morris, et al., 2013
	Sesión 4: Gratitud	<ul style="list-style-type: none"> - Agradecimiento intrapersonal e interpersonal - Ronda de agradecimiento 	Emmons & McCullough (2003)
	Sesión 5: Enfado y perdón	<ul style="list-style-type: none"> - Dejar ir la ira - El mar del perdón. 	Slade et al., 2016
Autoaceptación	Sesión 6: Auto-amabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios y Componentes de la autocompasión 	Gilbert, 2012
	Sesión 7: Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica y Poner en práctica las fortalezas 	Seligman et al., 2006; Peterson & Seligman, 2004
	Sesión 8: Relaciones interpersonales positivas	<ul style="list-style-type: none"> - Practicar la bondad hacia los demás - Meditación sobre la amabilidad hacia los demás 	Lyubomirsky et al., 2005
Valores y propósito	Sesión 9: Valores y propósito de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Valores, objetivos y acciones - Metáfora de ACT: el jardín 	Morris, et al., 2013
	Sesión 10: resiliencia	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es la resiliencia? - Metáfora ACT: el monstruo 	Seligman et al., 2006

Sesión 11: Mantenimiento y despedida	- Una carta a los futuros participantes - Regalo del terapeuta: un viaje a lo largo del programa
--	---

Tabla 1: Módulos y sesiones del Programa grupal multicomponente *Felizmente* Tomada de Valiente et al. (2022)

Esta intervención, pionera en nuestro país, encontró resultados significativos para la mejora de algunos aspectos del bienestar como la autoaceptación. De esta forma, tener una actitud positiva hacia sí mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo (Keyes et al., 2002). Además, esta intervención incrementó significativamente los niveles del dominio del entorno, variable de gran importancia en personas con TMG, porque, tras una larga participación en el sistema de salud mental, esta población suele presentar altos niveles de impotencia (Galderisi et al., 2013). En realidad, la recuperación de un trastorno mental se construye, en parte, sobre la base del empoderamiento (Slade, 2012) que es también una característica del funcionamiento positivo (Van Eck et al., 2018).

Además, los participantes mostraron altos niveles de aceptación del protocolo, así como de satisfacción con el mismo y buenos índices de asistencia y cumplimiento (Valiente et al., 2022). Sin embargo, a pesar de la evidencia sobre la viabilidad y eficacia de este protocolo y de otras IPP para psicosis (Chakhssi et al., 2018; Geerling et al., 2020; Hendriks et al., 2020) ningún estudio recoge recomendaciones específicas o identifica perfiles específicos de usuarios con TMG para incluirles en estos programas. Hasta ahora, el valor predictivo de los posibles moderadores de los resultados del tratamiento *Felizmente* no ha sido testado.

OBJETIVOS

Por ello, el objetivo del presente estudio fue examinar las posibles variables moderadoras (características demográficas como el género y la edad, niveles pretratamiento de las subescalas del bienestar y satisfacción con la vida y niveles pretratamiento de psicopatología general) que pudieron moderar el efecto de la intervención grupal multicomponente *Felizmente* para personas con TMG sobre el cambio en las subdimensiones del bienestar tras la intervención.

Los resultados pueden ayudar a identificar qué características de los pacientes aumentan la eficacia de la intervención *Felizmente*, así como, de las IPPs en general.

Dado que *Felizmente* va dirigido a incrementar los niveles de bienestar, nuestra hipótesis es que las personas con TMG y menores niveles de bienestar tendrán mayores incrementos del bienestar con el tratamiento *Felizmente* en comparación con la intervención estándar (TE). Por el contrario, niveles altos de sintomatología pretratamiento, podrían asociarse con menores incrementos del bienestar tras la intervención con *Felizmente*.

METODOLOGÍA

Participantes

Todos los participantes acudían regularmente a los servicios psicosociales ambulatorios en cuatro Organizaciones Humanas No Lucrativas (OSAL) de la Red del Sistema Nacional de Salud que prestan atención integral para personas con TMG (tratamiento estándar: TE). Todos los participantes fueron remitidos al estudio por su terapeuta si cumplían los siguientes criterios de inclusión: (a) tenían entre 18 y 65 años y (b) tenían un mínimo de motivación y compromiso para participar en la terapia de grupo. Se excluyeron los participantes con: (a) recursos cognitivos limitados o un trastorno formal del pensamiento grave y/o (b) una enfermedad concurrente (es decir, un diagnóstico actual de dependencia de sustancias o un trastorno grave de la personalidad) que pudiera interferir con un grupo de psicoterapia.

De los 142 participantes aleatorizados a los dos grupos, finalmente se analizaron 113 personas. 52 personas participaron en la intervención de grupal para mejorar el bienestar (*felizmente* + TE) y 61 que fueron asignadas al grupo control de lista de espera, el cual seguía, únicamente, el TE de los recursos de rehabilitación psicosocial (ver tabla 2).

XXVI JORNADAS AMSM –
SALUD MENTAL EN LOS INFELICES AÑOS 20

	Felizmente + TE (N=52)	TE (N=61)
<i>Características demográficas</i>		
Edad, media (DT)	42.4 (9.45)	43.2 (9.73)
Sexo: Hombres, n (%)	32 (61.5)	35 (57.4)
Soltero/a, n (%)	51 (98.1)	49 (80.3)
Estudios, n (%)		
Primarios	14 (26.9)	11 (18.0)
Secundarios	20 (38.5)	34 (55.7)
Superiores	15 (28.8)	16 (26.2)
Empleo, n (%)		
Desempleado	47 (90.4)	53 (86.9)
A tiempo parcial	4 (7.7)	6 (9.8)
A tiempo completo	--	1 (1.6)
<i>Características clínicas</i>		
Diagnóstico principal, n (%)		
Esquizofrenia	38 (73.1)	40 (65.6)
Trastornos afectivos	3 (5.8)	7 (11.5)
Trastornos ansiedad	2 (3.8)	5 (8.2)
Trastornos personalidad	5 (9.6)	4 (6.6)
Otros	3 (5.8)	2 (3.3)
Medicación, n (%)		
Benzodiacepinas	28 (53.8)	40 (65.6)
Hipnóticos (No benzo)	1 (1.9)	3 (4.9)
Antipsicóticos	41 (78.8)	52 (85.2)
Antidepresivos	19 (36.5)	21 (34.4)
Estabilizadores ánimo	9 (17.3)	13 (21.3)
Frecuencia terapia, n (%)		
No terapia	5 (9.6)	1 (1.6)
1 hora por semana	17 (32.7)	21 (34.4)
1 hora cada 2 semanas	15 (28.8)	18 (29.5)
1 hora al mes	10 (19.2)	12 (19.7)
Menos de 1 hora mes	1 (1.9)	1 (1.6)
SPWB, media (DT)		
Autonomía	19.48 (4.39)	20.10 (4.23)
Dominio del entorno	30.65 (7.79)	31.47 (7.15)
Crecimiento personal	35.31 (7.46)	35.70 (7.28)
Relaciones positivas	34.69 (8.01)	33.90 (7.56)
Propósito en la vida	34.56 (7.73)	34.37 (6.64)
Autoaceptación	29.98 (8.70)	31.62 (7.80)
SWLS, media (DT)	17.40 (7.09)	18.22 (6.79)
SCL-90, media (DT)		
Ansiedad	1.12 (0.82)	1.31 (0.97)
Depresión	1.52 (0.88)	1.47 (0.89)
Sensibilidad Interpersonal	1.42 (0.82)	1.41 (0.95)
Ideación paranoide	1.15 (0.87)	1.29 (0.94)
Somatización	1.00 (0.83)	1.02 (0.82)
Hostilidad	0.75 (0.83)	0.63 (0.80)
Compulsión/obsesión	1.66 (0.87)	1.62 (0.93)
Ansiedad fóbica	0.89 (0.77)	1.09 (1.01)
Psicoticismo	1.15 (0.83)	0.99 (0.83)

Tabla 2: Datos demográficos y clínicos de los 113 participantes. Modificada de Valiente et al. (2022). SPWB: Escalas de bienestar psicológico; SWLS: Escala de satisfacción con la vida SCL-90: SymptomChecklist-90-Revised

Variables e Instrumentos de medida

Todos los participantes fueron evaluados la semana de antes del inicio de la intervención felizmente + TE (niveles pretratamiento) y la semana posterior a la finalización de los grupos (niveles postratamiento) con los siguientes instrumentos de medida:

Escalas de bienestar psicológico (SPWB; Ryff & Keyes, 1995): El bienestar eudaimónico se midió con este cuestionario de 54 ítems que tiene seis subdimensiones (autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal, relaciones positivas con los demás, propósito en la vida, y autoaceptación) con nueve ítems cada una y con puntuaciones que oscilan entre 9 y 54. Cada ítem se valora utilizando una escala Likert de 6 puntos que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente en acuerdo). La consistencia interna final después de eliminar los ítems que disminuían el α de Cronbach en la autonomía fue de $\alpha = 0,66$. Para el resto de las subescalas, todos los ítems se mantuvieron con una fiabilidad interna aceptable (dominio entorno: $\alpha = 0,75$; crecimiento personal: $\alpha = 0,73$; relaciones positivas: $\alpha = 0,78$; propósito: $\alpha = 0,74$; autoaceptación: $\alpha = 0,78$). Se calcularon los cambios en las subdimensiones del bienestar (niveles pretratamiento - niveles postratamiento) para identificar los predictores del incremento en estas subdimensiones.

Escala de satisfacción con la vida (SWLS; Diener et al., 1985): El bienestar hedónico se midió con esta escala de 5 ítems que aborda el nivel global de satisfacción de la persona con su vida, utilizando una escala Likert de 7 puntos que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo), con una puntuación total que oscila entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo), con una puntuación total que oscila entre 0 y 35. Las puntuaciones más altas indican un mayor nivel de satisfacción con la vida. La consistencia interna fue buena ($\alpha = 0,86$).

El inventario de síntomas SCL-90 revisado (SCL-90-R; Derogatis, 2002): Los síntomas psicológicos se midieron con este inventario de autoinforme de 90 ítems en una escala de angustia de 5 puntos que iba de 0 (nada) a 4 (mucho). Este cuestionario consta de nueve dimensiones de síntomas primarios. La consistencia interna de cada subdimensión varió de buena a excelente:

somatización ($\alpha = 0,88$); obsesivo-compulsivo ($\alpha = 0,86$); sensibilidad interpersonal ($\alpha = 0,85$); depresión ($\alpha = 0,91$); ansiedad ($\alpha = 0,88$); hostilidad ($\alpha = 0,83$); ansiedad fóbica ($\alpha = 0,84$), ideación paranoide ($\alpha = 0,76$); y psicoticismo ($\alpha = 0.84$).

Intervenciones

La intervención *felizmente* + TE consistía en añadir al TE, la intervención grupal de 11 sesiones semanales, de 90 minutos cada una, divididas en tres módulos de psicoterapia: emociones, autoaceptación, valores y propósito (ver tabla 1).

La TE consistía en el tratamiento psicológico y el seguimiento psiquiátrico habitual que aplican en la Red Pública de Atención Social a personas con TMG de la Comunidad Autónoma de Madrid. Su abordaje se llevaba a cabo en los distintos recursos centros de rehabilitación psicosocial, centros de día de soporte social, centros de rehabilitación laboral) y de atención residencial.

Todos los pacientes recibían tratamiento farmacológico y tratamiento psicológico (la mayoría recibía al menos 1 sesión individual a la semana) (ver tabla 1). Como ya hemos mencionado anteriormente, los participantes aleatorizados al grupo *felizmente*, además del TE, recibieron la intervención grupal.

Participaron ocho centros (cuatro de rehabilitación psicosocial, dos centros atención psiquiátrica y dos recursos residenciales) y se implementaron un total de 18 grupos terapéuticos

Procedimiento

Tras la finalización del estudio y el análisis de la eficacia y viabilidad del programa *felizmente* + TE (ver Valiente et al., 2022), se analizaron los posibles moderadores (variables demográficas como el género y la edad, niveles pretratamiento de bienestar y satisfacción con la vida y niveles pretratamiento de

psicopatología general) de la eficacia del tratamiento *felizmente+ TE* frente al TE.

Análisis estadísticos

Utilizamos un análisis de regresión (moderación) para evaluar cómo el grupo de tratamiento (*felizmente+ TE* vs TE), algunas variables demográficas, los niveles pretratamiento de todas las dimensiones del bienestar, de satisfacción con la vida y de todas las dimensiones de psicopatología y su interacción, predijeron el cambio en los niveles de las subescalas del bienestar antes y después de los tratamientos (niveles postratamiento menos niveles pretratamiento).

Para los análisis de moderación se utilizó la macro herramienta PROCESS para SPSS (Hayes, 2018).

RESULTADOS

Los resultados sobre predictores de los cambios en el bienestar tras los tratamientos (*felizmente+TE* frente al TE) son presentados en la tabla 3. Estos resultados indicaron que lo siguiente:

En relación con la *autoaceptación*, no hubo interacciones estadísticamente significativas entre el género, la edad, los niveles pretratamiento de bienestar, satisfacción o psicopatología y el grupo de tratamiento. Parece que todos los participantes presentaron incrementos significativos de autoaceptación tras recibir *felizmente +TE* (ver Valiente et al., 2022). Sí se observa una tendencia (no significativa) que indica que las mujeres obtienen un mayor incremento en el autoconcepto tras recibir FELIZMENTE +TE en comparación con las mujeres en el grupo TE que disminuyen su autoconcepto ($p=0,07$). Lo mismo se observa con los niveles de ideación paranoide ($p=0,06$), niveles menores e intermedios de paranoia pretratamiento, obtienen un mayor incremento en el autoconcepto tras recibir FELIZMENTE +TE en comparación con las personas del grupo TE que presentaron un ligero empeoramiento.

En cuanto al *dominio del entorno*, hubo interacción significativa con la satisfacción con la vida pretratamiento explicando un 7% adicional de la varianza (cambio en $R^2= 0,07$; $p=0,004$). Es decir, personas con niveles iniciales menores e intermedios de Satisfacción con la vida, obtuvieron un mayor incremento mayor en los niveles de dominio del entorno tras recibir FELIZMENTE+TE en comparación con TE. Los resultados indicaron que estos participantes empeoraban los niveles de dominio del entorno si recibían únicamente TE (ver figura 1A).

Cuando analizamos los cambios en *autonomía*, hubo una interacción estadísticamente significativa entre el grupo tratamiento y los niveles de somatización explicando un 5% adicional de la varianza (cambio en $R^2= 0,05$; $p=0,01$). Es decir, personas con niveles menores e intermedios de somatización pretratamiento, obtuvieron un mayor incremento en la autonomía tras recibir FELIZMENTE + TE en comparación con el TE (ver figura 1B).

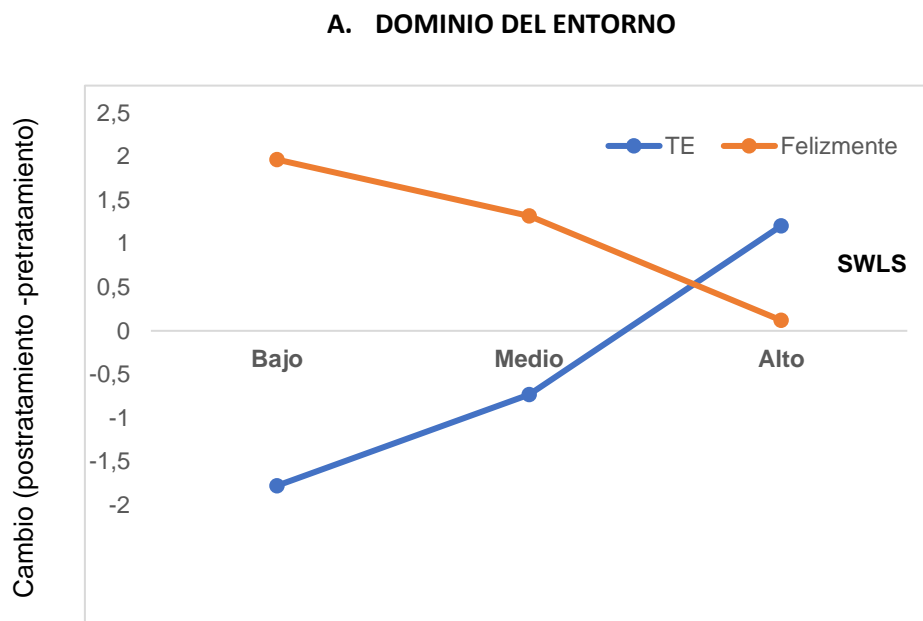


Figura 1

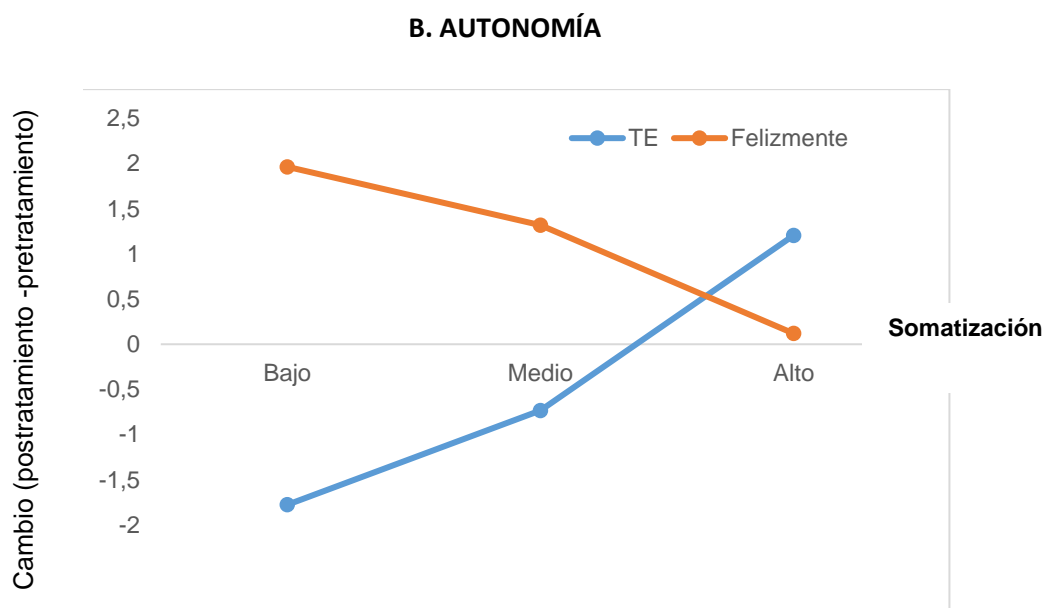


Figura 1

En referencia a las *relaciones positivas con los demás*, hubo una interacción significativa entre el grupo y los niveles de hostilidad explicando un 4% adicional de la varianza (cambio en $R^2= 0,04$; $p=0,02$). Por tanto, personas con niveles menores de hostilidad pretratamiento, obtienen un mayor incremento en las relaciones positivas con otros tras recibir *FELIZMENTE* +TE en comparación con TE (ver figura 2A). Además, en cuanto al *crecimiento personal*, se identificaron varios efectos significativos. Una interacción significativa con la edad explicando un 9% adicional de la varianza (cambio en $R^2= 0,09$; $p=0,0009$) e indicando que, los más jóvenes (alrededor de los 30 años) obtienen un mayor incremento en los niveles de crecimiento personal tras recibir el TE en comparación con el tratamiento felizmente + TE. Sin embargo, los participantes más mayores (alrededor de los 50 años o más) obtuvieron mayores incrementos en el crecimiento personal tras recibir *FELIZMENTE*+TE (ver figura 2B). Otra interacción significativa con la Hostilidad explicando un 7% adicional de la varianza (cambio en $R^2= 0,07$; $p=0,003$). Es decir, personas con niveles menores de hostilidad pretratamiento obtuvieron un mayor incremento en el crecimiento personal tras recibir *FELIZMENTE*+TE en comparación con TE (ver figura 3A). Y por último también se identificó un efecto significativo de los niveles de

depresión pretratamiento, explicando un 3% adicional de la varianza (cambio en $R^2= 0,03$; $p=0,04$) personas con menores niveles de depresión pretratamiento son los que obtienen mayores incrementos en el crecimiento personal, aunque en este caso no había diferencias en el tipo de tratamiento que recibieron (ver figura 3B).

A. RELACIONES POSITIVAS OTROS

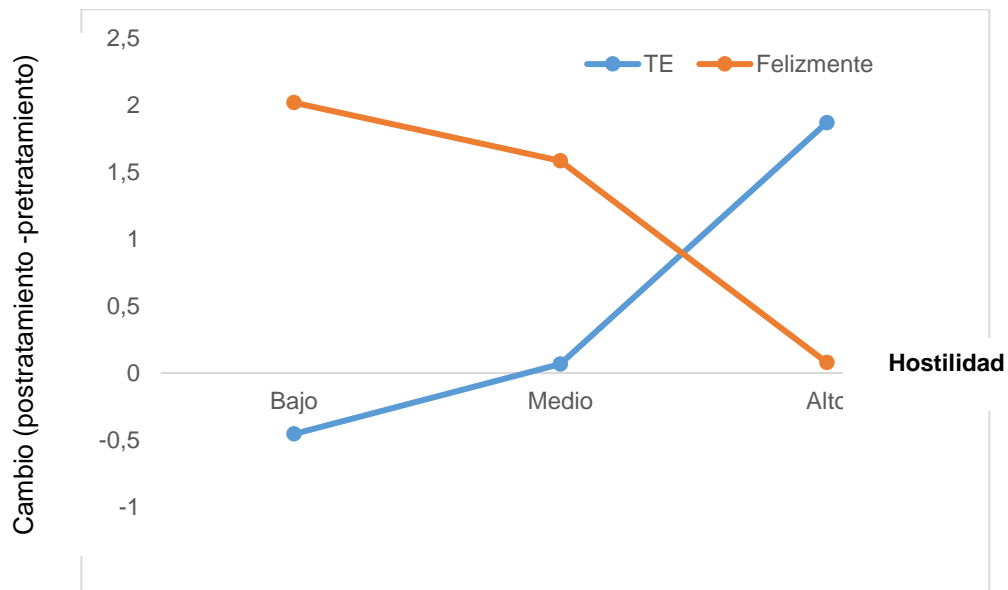


Figura 2

B. CRECIMIENTO PERSONAL

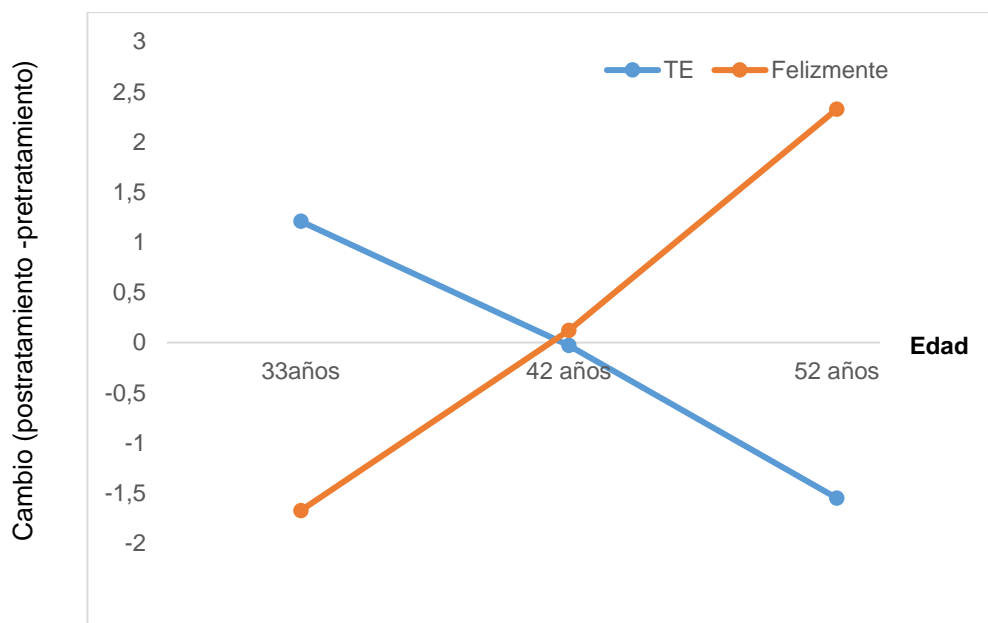


Figura 2

A. CREMIENTO PERSONAL

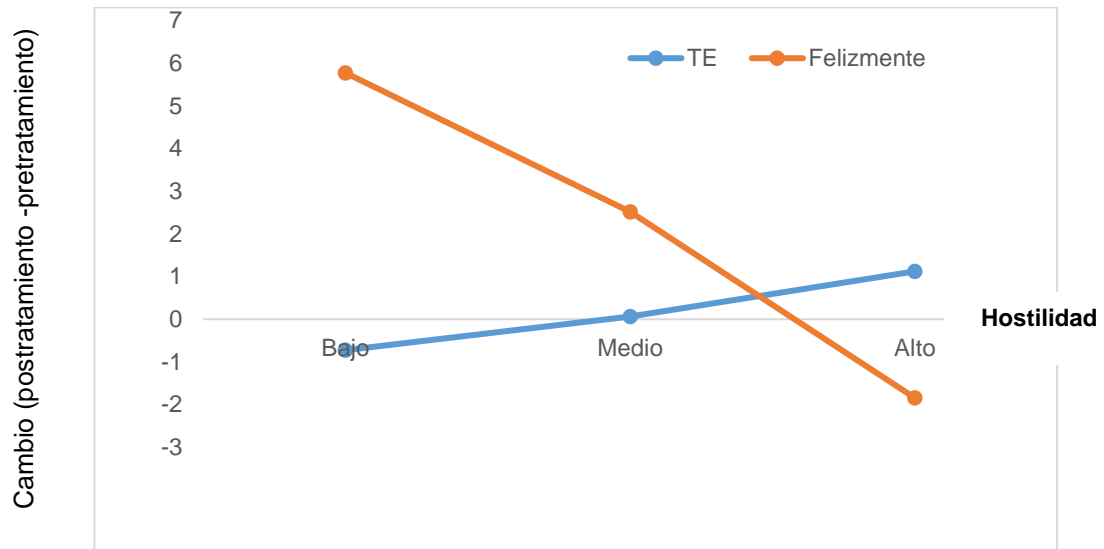


Figura 3

B. CREMIENTO PERSONAL

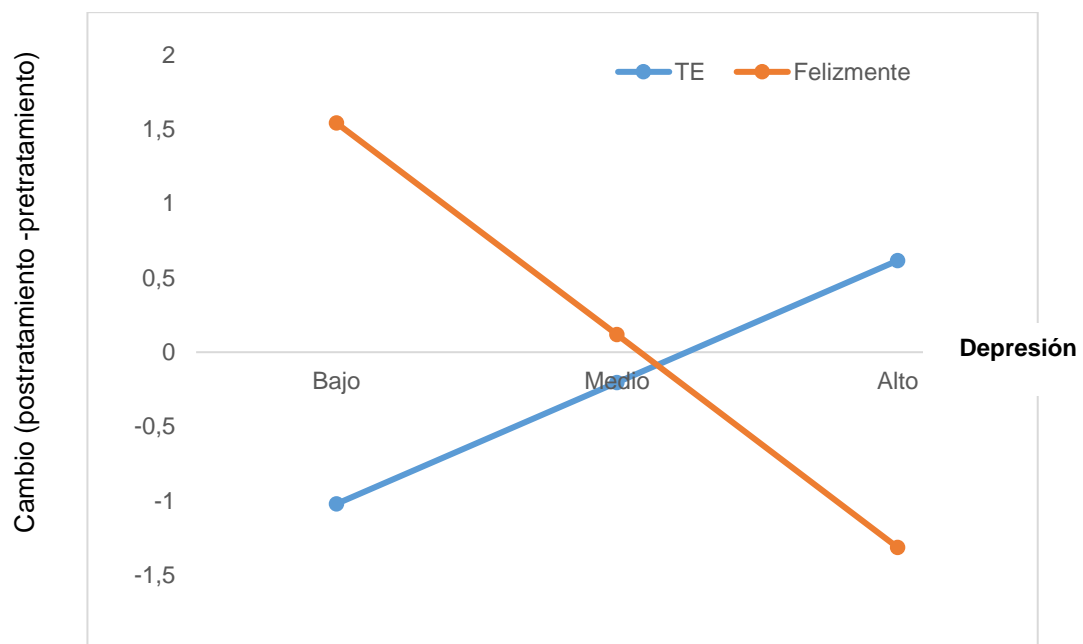


Figura 3

Por último, hubo una interacción significativa entre el grupo de tratamiento y los niveles pretratamiento de satisfacción con la vida sobre *el propósito en la vida* explicando un 5% adicional de la varianza (cambio en $R^2= 0,05$; $p=0,01$).

Los datos indicaron que las personas con niveles menores de Satisfacción con la vida línea base, obtuvieron un mayor incremento en el propósito vida tras recibir FELIZMENTE+TE en comparación con TE. De hecho, parece que las personas con menores niveles pretratamiento de satisfacción con la vida empeoraron sus niveles de propósito con el TE (ver figura 4).

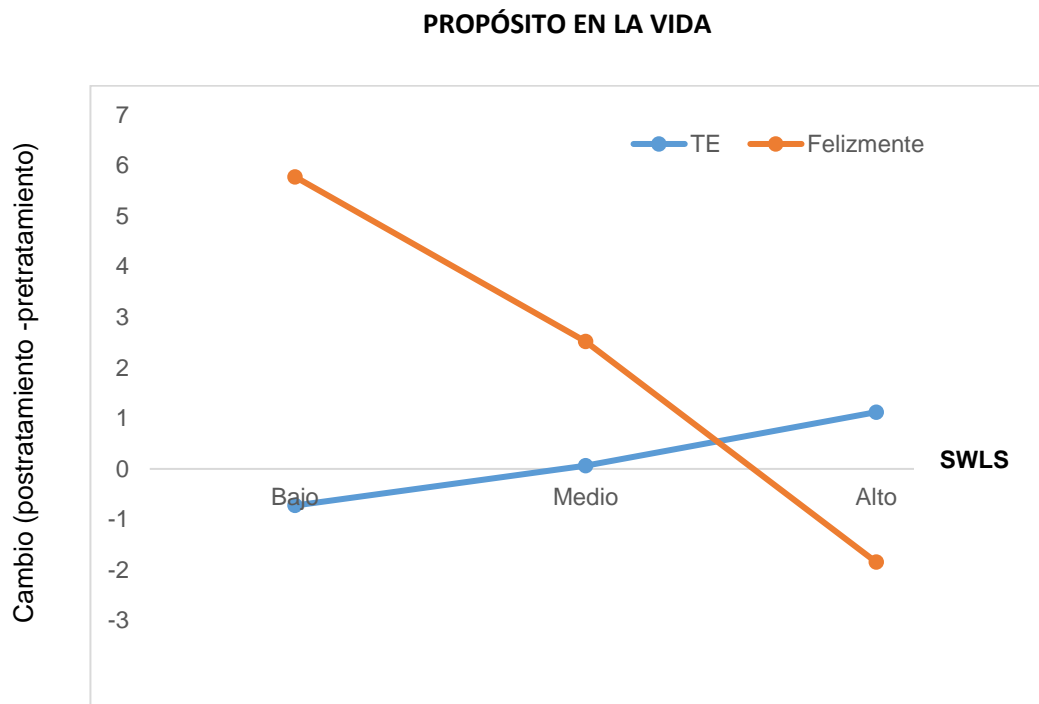


Figura 4

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LLCI</i>	<i>ULCI</i>
Cambio en Autoaceptación						
-Mujeres x grupo	3,41	1,88	1,81	0,07	-0,31	7,14
-Ideación paranoide PRE x grupo	-1,93	1,03	-1,87	0,06	-3,08	0,11
Cambio en Dominio del entorno						
-SWL PRE x grupo	-0,44	0,15	-2,90	0,004**	-0,75	-0,14
Autonomía						
-Somatización PRE x grupo	-2,89	1,14	-2,53	0,01*	-5,16	-0,63
Cambio en Relaciones positivas						
-Hostilidad PRE x grupo	-2,87	1,27	-2,25	0,02*	-5,39	-0,34
Cambio en Crecimiento personal						
-Edad x grupo	0,34	0,10	3,41	0,001***	0,14	0,54
- Hostilidad PRE x grupo	-3,54	1,19	-2,96	0,003**	SWLS	-1,17
- Depresión PRE	-2,25	1,12	-1,99	0,04*		-0,01
Cambio en Propósito en la vida						
-SWL PRE x grupo	-0,68	0,27	-2,48	0,01*	-1,23	-0,13

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabla 3: Resultados de los análisis de moderación

En resumen, los datos parecen indicar que aquellas personas con menos niveles de psicopatología (especialmente hostilidad) se benefician más de la intervención *Felizmente* +TE, para mejorar los niveles de las subescalas de relaciones positivas con los demás y crecimiento personal. Además, parece que personas con menos niveles de satisfacción vital inicial también incrementarían más el bienestar (dominio del entorno y propósito de vida) tras recibir la intervención *Felizmente*.

Por otro lado, no parece que las variables demográficas moderen especialmente la relación entre el tipo de intervención recibida (centrada en bienestar versus intervención estándar) y los incrementos en el bienestar.

CONCLUSIONES

En resumen, los resultados de esta intervención, focalizada en aumentar el bienestar, señalan que la psicología positiva puede ser una potente estrategia complementaria para promover en los servicios de salud mental.

Específicamente, los beneficios de la intervención serían mayores en los usuarios con síntomas menos graves. Concretamente, las personas con menos niveles de hostilidad y menos niveles de satisfacción con la vida. Por otro lado habría también que examinar con mayor detalle en qué casos concretos, un TE podría incluso empeorar algunas dimensiones del bienestar, tal y como apuntan nuestros datos.

En definitiva, los nuevos enfoques psicosociales para las personas con TMG que persiguen la recuperación, deberían incorporar prácticas que promuevan el bienestar, ya que ambos son procesos que parecen potenciarse mutuamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bergsma, A., Have, M. T., Veenhoven, R., & Graaf, R. D. (2011). Most people with mental disorders are happy: A 3-year follow-up in the Dutch

- general population. *The Journal of Positive Psychology*, 6(4), 253–259. <https://doi.org/10.1080/17439760.2011.577086>
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18(1), Article 211. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2>;
 - Chu, M.H., Lau, B., Leung, J., Chan, S.C., Tang, B., Lau, C., Newby, C., Chiu, R., Lo, W.T., Schrank, B., Slade, M. (2022). Positive psychotherapy for psychosis in Hong Kong: A randomized controlled trial. *Schizophr Res.*, 240:175-183. doi: 10.1016/j.schres.2021.12.044.
 - Derogatis, L. R. (2002). SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas. TEA Edicio.
 - Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13.
 - Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective wellbeing in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377–389. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.377>Hendriks et al., 2020
 - Galderisi, S., Bucci, P., Mucci, A., Kirkpatrick, B., Pini, S., Rossi, A., Vita, A., & Maj, M. (2013). Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: Focus on long-term stability and functional outcome. *Schizophrenia Research*, 147(1), 157–162. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.03.020>
 - Geerling, B., Kraiss, J. T., Kelders, S.M., Stevens, A.W. M. M., Kupka, R.W., & Bohlmeijer, E. T. (2020). The effect of positive psychology interventions on well-being and psychopathology in patients with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 15, 1–16. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1789695>

- Gilbert, P. (2012). Depression: Suffering in the flow of life. In C. K. Germer & R. D. Siegel (Eds.), *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice* (pp. 249–264). Guilford Press
- Jeste, D. V., Palmer, B. W., & Saks, E. R. (2017). Why we need positive psychiatry for schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 227–229. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw184>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Delacorte
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95–108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Morris, E. M. J., Johns, L. C., & Oliver, J. E. (2013). *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118499184>
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A classification and handbook*. American Psychological Association.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological wellbeing revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774–788. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: The central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services*

- Research, 10(1), Article 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>
- Slade, M. (2012). Recovery research: The empirical evidence from England. *World Psychiatry*, 11(3), 162–163. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2012.tb00119.x>
- Slade, M., Brownell, T., Rashid, T., & Schrank, B. (2016). *Positive psychotherapy for psychosis: A clinician's guide and manual*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315545776>
- Valiente, C., Espinosa, R., Trucharte, A., Nieto, J., & Martínez-Prado, L. (2019). The challenge of well-being and quality of life: A meta-analysis of psychological interventions in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 208, 16–24. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.01.040>
- Valiente, C., Espinosa, R., Contreras, A., Trucharte, A., Caballero, R., & Peinado, V. (2021). The feasibility and acceptability study of a positive psychology group intervention for people with severe psychiatric conditions. *The Journal of Positive Psychology*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/17439760.2021.1871940>
- Valiente, C., Espinosa, R., Contreras, A., Trucharte, A., Caballero, R., Peinado, V., ... & Perdigón, A. (2022). A multicomponent positive psychology group intervention for people with severe psychiatric conditions; a randomized clinical trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 45(2), 103.
- Van Eck, R. M., Burger, T. J., Vellinga, A., Schirmbeck, F., & de Haan, L. (2018). The relationship between clinical and personal recovery in patients with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and metaanalysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 631–642. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx088>

COMUNICACIÓN



Autor: Javier Fernández-Pollán - IES Valmayor (funcionario docente) / UNED (Doctorando en Sociología)

INTRODUCCIÓN

Describimos la digitalización de la sociedad como un proceso —acelerado por la crisis del Covid-19— de cambio sociocultural impulsado por el desarrollo tecnológico, que normaliza el uso intensivo de las pantallas en la experiencia vital de los individuos y en el funcionamiento social, en los ámbitos de la comunicación, la relación social, el ocio y el acceso a la información, además de la educación o el trabajo.

En los discursos sobre el abordaje de la salud mental como problema social se reclama la necesidad de ampliar o facilitar el acceso público a los tratamientos psicoterapéuticos como alternativa a la medicalización y psiquiatrización de los problemas mentales. También se apunta, desde enfoques contextuales, a la vulnerabilidad socioeconómica como fuente de los malestares de la población —socialización o politización del sufrimiento individual, como dice Guillermo Lahera—. Pero además de los determinantes sociales, es preciso analizar el impacto del cambio sociocultural en nuestro bienestar mental. Una parte de este cambio viene producido, a nuestro juicio, por el proceso de digitalización y tecnologización de nuestra vida diaria.

La adolescencia y adultez temprana es un momento potencialmente crítico y vulnerable para el desarrollo social y emocional. Por eso tiene especial interés entender los efectos de este fenómeno sobre la salud en esta etapa.

Además, es importante detenerse en cómo entendemos los problemas de salud mental. Partimos de la perspectiva de que una amplia gama de situaciones y malestares no corresponden con trastornos o diagnóstico precisos, susceptibles de recibir un tratamiento farmacológico, ni tampoco psicoterapéutico. Para el psiquiatra Manuel Desviat, generalmente el estrés, la ansiedad, el insomnio o el desánimo son emociones normales en situaciones anormales, pero la tendencia a psicologizar y psiquiatrizar el malestar convierte estas reacciones en síntomas de enfermedades. Llevando este razonamiento a nuestro área de interés, parte de los malestares juveniles serían reacciones normales a un contexto anormal caracterizado por la sobreexposición a las pantallas y la hiperconexión digital.

DESARROLLO

Tecnología y cambio sociocultural

El desarrollo tecnológico es un motor y acelerador del cambio social y cultural. Transitamos hacia una sociedad en la que buena parte de nuestra experiencia individual y colectiva está mediatizada por las pantallas. La extrema rapidez de la evolución general de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) impide la reflexión sobre el modo en que esta incide en nuestra vida.

El móvil es el instrumento principal de conexión al mundo digital, y nuestro nuevo amigo inseparable. El hecho de que el acceso a la red sea hoy libre y universal y que los dispositivos sean personales y prácticamente intransferibles determinan unas características sociales únicas hasta el momento (Sant Joan de Deu, 2021).

El uso compulsivo de dispositivos móviles afecta al desarrollo de las capacidades de concentración y atención, de autocontrol, de paciencia y tolerancia a la frustración. La pantalla brinda recompensas inmediatas y genera dependencia. Para Byung-Chul Han (2021) el *smartphone* refuerza el egocentrismo. Al tocar su pantalla, someto al mundo a mis necesidades.

La digitalización nos ofrece, a través del móvil hiperconectado, comodidad y una ilusión de libertad y seguridad. Funciona como antídoto a la soledad o falta de reconocimiento, socava nuestra privacidad y llena de estímulos cualquier momento de vacío. Este proceso debilita el vínculo comunitario real y refuerza el individualismo, el aislamiento y el egocentrismo. Para Estévez (2017), el uso de las tecnologías es tan popular y generalizado porque alimenta muchas de las necesidades básicas que tenemos los seres humanos: sentirnos acompañados, valorados, escuchados.

Jordi Pigem (2023) afirma que la digitalización reduce a los individuos a objetos cuantificables. El nuevo nihilismo tecnocrático quiere reducir a datos y algoritmos lo que tradicionalmente se ha llamado alma y espíritu. Para Byung-Chul Han (2021), la comunicación digital elimina el encuentro personal, el rostro, la mirada, la presencia física, y acelera la desaparición del otro. Consumimos

constantemente novedades, estímulos y vivencias para huir de la rutina y escapar del vacío. Esta atención continuada a la pantalla nos conduce a “*un entumecimiento psíquico que nos habitúa a la realidad de ser monitorizados, analizados, explotados como minas de datos*” (Zuboff, 2020).

Frente a la sentencia de que “todo depende del uso que hagamos de la tecnología”, sabemos que la tecnología no es neutra, pues determina por sí misma los estilos de vida y el funcionamiento de la sociedad, y crea nuevas necesidades. El progreso de la ciencia y la tecnología no coincide necesariamente con el progreso social y ético. Un ejemplo evidente es el de las guerras mundiales del siglo XX, con un despliegue científico-tecnológico sin precedentes (Camacho & León, 2022).

La juventud hiperconectada

Según el Informe Mobile 2022, el pasado año había 7.200 millones de usuarios móviles en el mundo (sobre 7.900 millones de población mundial) y el número de dispositivos existente era de 16.800 millones (casi el doble de habitantes del planeta).

Los principales usos de las TIC en los jóvenes españoles son los relacionados con las redes sociales, la mensajería instantánea, el entretenimiento, la escucha o descarga de música y el uso del correo electrónico (INE, 2022). El informe Digital Consumer by Generation (2022) señala que en España los jóvenes de la Generación Z (los nacidos entre finales de los 90 y la primera década de los 2000) emplean 4 horas y 15 minutos al día en el móvil, y dedican casi 2 horas diarias a las redes sociales, siendo las más utilizadas para el consumo y publicación de contenidos Instagram, YouTube, TikTok, Facebook y Twitter. Para la comunicación personal, WhatsApp es su opción favorita.

La crisis del Covid-19 fue un punto de inflexión en el avance de la digitalización en la comunicación interpersonal, las relaciones sociales, el entretenimiento o el trabajo en la población general. Un 53,4 % de los españoles aumentaron durante el confinamiento el tiempo empleado como usuarios de Internet (CIS, 2021). Según la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) del año 2021, un 23,5 % de los

adolescentes entre 14 y 18 años realizan un uso compulsivo de internet —una variable medida con la escala CIUS (*Compulsive internet use scale*)—, con diferencias significativas entre chicas (28,8 %) y chicos (18.4 %). Los valores más altos se encuentran a los 16 años en las chicas (31 %) y a los 18 años en los chicos (22 %). La Encuesta EDADES sobre Alcohol y otras Drogas en España sitúa en 2022 este consumo compulsivo de internet en la franja de 15 a 24 años en un 10,8 %, mientras la media en el conjunto de la población es de un 3,5 %.

Malestares “digitales” en los jóvenes

Para López Diago y Sánchez Mascaraque (2023), es preciso contextualizar el momento histórico y cultural en que vivimos para entender los malestares y problemas de salud mental en la adolescencia. El hedonismo, la baja tolerancia al malestar, una tendencia creciente a medicalizar y psicologizar la vida cotidiana, la pérdida de valores y de apoyos externos (familia extensa o apoyos de la comunidad), y la creciente exposición de los menores a contenidos inapropiados en internet (de tipo violento y sexual, entre otros) serían algunos de los rasgos definitorios de la sociedad actual que explican los desequilibrios mentales de los jóvenes.

El informe “Una mirada a la salud mental de los adolescentes” (Sant Joan de Deu, 2021) alerta de que la utilización de los dispositivos móviles conectados resta tiempo a otras actividades saludables e imprescindibles para su correcto desarrollo psicoemocional, tales como actividades deportivas, sociales y al aire libre. Entre las repercusiones asociadas de este uso están la reducción de la calidad de vida (peor salud y mala calidad del sueño), dificultades para la socialización presencial, disminución del rendimiento académico, aumento del riesgo de sufrir otras psicopatologías asociadas como la depresión, la ansiedad y el trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

José Ramón Ubieto se pregunta si, dentro del contexto familiar, el desconocimiento de muchos padres sobre los detalles del consumo digital de sus hijos, y la falta de supervisión al respecto, podría categorizarse como una nueva forma de abandono y desamparo en nuestra era digital (Ubieto, 2019).

Actualmente, el aumento de las autolesiones y la conducta suicida es uno de los problemas infanto-juveniles que genera más preocupación social y atención mediática. ANAR, fundación de ayuda a niños y adolescentes en riesgo, alerta en su estudio “Conducta suicida y salud mental en la infancia y adolescencia 2012-2022” que en el 45,7% de los casos con ideación o intento de suicidio hay algún tipo de implicación de las tecnologías, en su uso como herramientas de ciberacoso o extorsión, como medio para obtener información sobre formas de cometer el suicidio, o para “disminuir el malestar que le generan los pensamientos de intento de suicidio, mediante publicaciones en redes sociales (Instagram y Tik Tok) donde los niños y adolescente se sienten escuchados/as, piden perdón o se despiden”. En el Informe ANAR 2021, sobre los resultados de su línea de ayuda telefónica y por chat, se recogen los motivos principales de las consultas de los jóvenes entre 12 y 17 años: la ideación suicida o intento de suicidio (30,4 %), las autolesiones (16,9 %), la ansiedad (15 %) y la tristeza o depresión (11 %). En la comparativa interanual, se observa un aumento muy relevante en las consultas tanto de ideación e intento de suicidio (conducta suicida) como de autolesiones. En la conducta suicida los mayores saltos se dan en 2016 y en 2021.

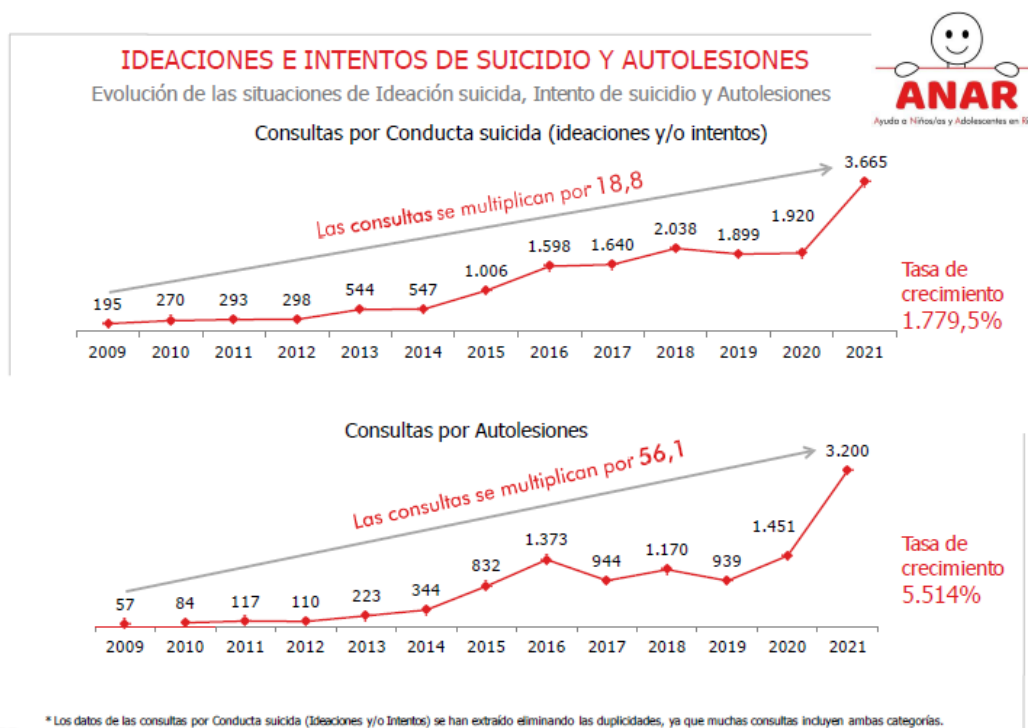


Gráfico 1. Imagen extraída del Informe Anual Teléfono/Chat ANAR 2021. Disponible en <https://www.anar.org/actualidad/informes/>

Si lo comparamos con el siguiente gráfico, de penetración de los móviles inteligentes en España, vemos que se produce un incremento significativo entre 2013 y 2015, lo que permite establecer una correlación entre la generalización de los móviles personales conectados a la red y el drástico incremento de la conducta autolítica y la conducta suicida.

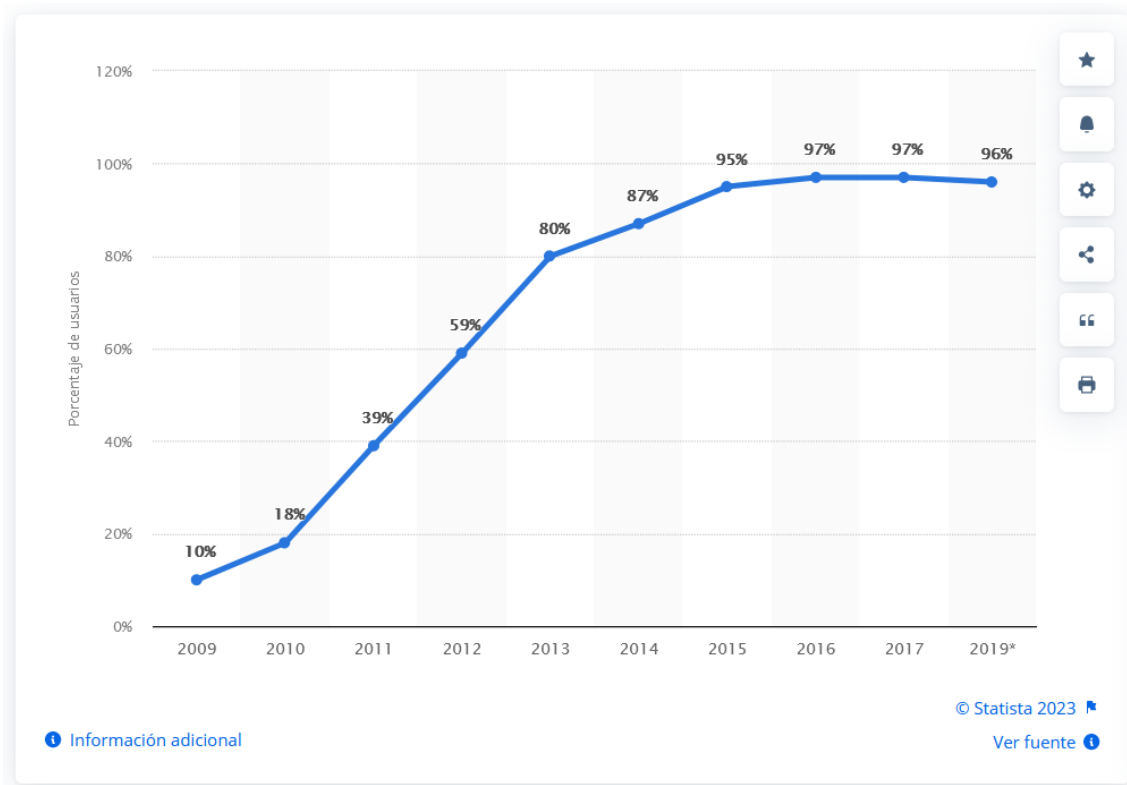


Gráfico 2. Imagen extraída de Statista.es “Penetración de los teléfonos inteligentes en España entre 2009 y 2019”. Disponible en <https://es.statista.com/estadisticas/473821/smartphone-movil-clasico-penetracion-espana/>

También podríamos atribuir el salto cuantitativo entre 2020 y 2021 a los efectos de las medidas de confinamiento y restricción de movilidad de la crisis del Covid-19. En paralelo a los propios efectos de estas medidas, durante este periodo creció notablemente el tiempo de uso de los dispositivos conectados a internet y de las pantallas en general, lo que podría añadirse como factor determinante en el aumento de casos.

El informe de ANAR alerta del incremento de las consultas relacionadas con ansiedad (+25,6%) y los síntomas depresivos y de tristeza (+31,5%), así como los trastornos de alimentación derivados de la frustración por no encajar en la imagen social ideal. También señala el incremento de las adicciones a la

tecnología (+41%) comunicadas en las consultas realizadas por los padres. En sus conclusiones, sitúa a la tecnología como un factor de primer orden en los problemas que manifiestan los adolescentes. Señala el “*uso inadecuado y excesivo de la tecnología*” como origen de muchos problemas de conducta y de convivencia entre padres e hijos. Añade que los jóvenes experimentan la “soledad acompañada”, “*producida por las nuevas formas de comunicación y las tecnologías, la falta de referentes emocionales, los problemas de comunicación, la mayor exposición a la violencia a través de la tecnología y otros problemas*”. Esto aumentaría la frustración, la desmotivación y el malestar y en ocasiones su desesperanza, lo que puede favorecer “*mecanismos de autorregulación emocional perjudiciales para su salud como son las ideas e intentos de suicidio, autolesiones, trastornos de alimentación, etc.*”

Los psicólogos Jonathan Haidt y Jean Twenge (2022) han estudiado en los últimos tiempos la relación entre el uso de las redes sociales en los jóvenes de EE. UU. Su investigación muestra una fuerte correlación entre el incremento en los niveles de depresión y ansiedad en los adolescentes, en especial de las chicas, y el inicio del uso de las redes sociales por la mayoría de la población joven, en torno a 2012. Otro estudio reciente sobre el uso de las TIC durante las cuarentenas de 2020 en EE. UU. concluye que el uso pasivo de estas redes, basado en el “*scroll infinito*” —el consumo de contenido arrastrando el dedo por la pantalla del móvil, que ofrece vídeos o publicaciones nuevas sin fin—, sin interactuar con otros usuarios a través de comentarios o *likes*, se asocia a síntomas de ansiedad y desesperanza en los adolescentes (Twenge, 2023).

El informe “*#StatusOfMind. Social media and young people's mental health and wellbeing*” (2017) indica que los principales efectos negativos de las redes sociales en el bienestar y salud mental de los jóvenes son los asociados a la ansiedad y la depresión, el empeoramiento del sueño y el descanso, el aumento del ciberacoso, el síndrome FoMO (*Fear of Missing Out*) —caracterizado por la necesidad de estar permanentemente conectado por el miedo a perderse algo—, y el perjuicio sobre la imagen corporal del adolescente. En esta línea, el desarrollo tecnológico ha potenciado la influencia de la imagen personal en las redes sociales. Hoy las fotografías y vídeos personales se modifican con filtros automáticos. La imagen se convierte en una ficción o

idealización, pero también en una fuente de frustración, lo que influye en los procesos de construcción de la autoestima, el autoconcepto y la identidad (Quintana et al., 2023).

Perspectivas del futuro próximo

La vertiginosa e imparable evolución de las tecnologías digitales genera una enorme incertidumbre social. La inteligencia artificial —"ChatGPT" devuelve, en el momento de redacción de este trabajo, 730 millones de resultados en el principal buscador de internet— y el metaverso traen desafíos en el ámbito específico de la salud mental. El metaverso podría potenciar la adicción a la tecnología, a los juegos o a las aplicaciones de las redes sociales. Un mundo virtual con los algoritmos de recomendación optimizados acrecentaría la dificultad para desconectarse de las redes sociales u otras aplicaciones. Podría convertirse en una vía de escape para aquellas personas que no son felices en el mundo real, brindando una realidad alternativa donde construir un mundo a la medida de cada uno. Esto facilitaría la percepción distorsionada en los menores, menos capaces de distinguir el mundo real del mundo virtual (Benjamins et al., 2023).

¿Una lenta toma de conciencia?

Los riesgos o perjuicios de las tecnologías como eje de nuestra vida cotidiana se van reflejando en la normativa legal, lo que sugiere un incipiente reconocimiento público de este fenómeno. La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026) indica que la utilización de TIC es potencialmente adictiva porque su uso produce "*una gratificación inmediata y evasión del mundo que les rodea*". Su uso habitual produce tolerancia, abstinencia, pérdida de control, ocultación de su uso, abandono de otras actividades habituales con cambio de comportamiento y anhelo por su uso. Uno de los objetivos generales de la Estrategia es promover y desarrollar líneas de intervención novedosas relacionadas con factores generadores de problemas de salud mental, como "*el mal uso de las nuevas tecnologías*". Por su parte, la Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid dice en su Artículo 15 que

los niños tienen derecho a ser protegidos frente a conductas que puedan generar adicción, tales como (...) el mal uso de las tecnologías.

Por lo que respecta a la opinión pública, según un reciente estudio del Centro de Investigaciones Sociológicas un 69,7 % de los jóvenes entre 18 y 24 años está de acuerdo con la afirmación de que “El uso de Internet provoca una disminución de la comunicación en la familia con la que se convive”. Dentro de ese tramo de edad, un 82,6 % de los encuestados está de acuerdo con que “El uso de las tecnologías provoca que las personas se aislen más”.

Esta toma de conciencia también se observa en la reciente demanda de las escuelas públicas de la ciudad de Seattle (Washington, EE UU), cuna de empresas como Microsoft o Amazon. De acuerdo con la demanda, plataformas como TikTok, Instagram, Facebook, SnapChat y YouTube explotan el sistema de recompensas del cerebro de los jóvenes para que estos vuelvan una y otra vez a las aplicaciones, y les generan ansiedad, depresión y pensamientos suicidas. Su argumento es que los jóvenes son más vulnerables a las “conductas de manipulación” (El País, 11-01-2023).

Existen investigaciones que aportan evidencias empíricas a los beneficios de la desconexión digital. La interrupción durante una semana en el uso de redes sociales conduce a mejoras significativas en el bienestar subjetivo, la depresión y la ansiedad. Esta pausa incrementa el autocontrol y la consciencia sobre el tiempo y energía que se emplean en las redes, con relación a todas las actividades relacionales o de ocio que pueden realizar al margen de las pantallas (Lambert et al., 2022).

CONCLUSIONES

En este trabajo hemos planteado que el abordaje del fenómeno de la salud mental en los jóvenes debe atender al impacto de la tecnología en el cambio sociocultural. Nos hemos aproximado a los usos de los medios digitales en la juventud y los efectos en su bienestar psicoemocional, a partir de datos empíricos y de los análisis de autores y profesionales de diferentes disciplinas. En este sentido, la salud mental como problema social traspasa las fronteras de

la medicina psiquiátrica y la psicología, particularmente en un alto porcentaje de “patologías” juveniles asociadas a factores sociales y culturales. La digitalización de la sociedad es un proceso en marcha que muestra una correlación con el aumento de malestares en la adolescencia y juventud relacionados con la ansiedad, el bajo estado de ánimo o la conducta suicida.

La crítica a la digitalización choca con el utopismo tecnológico, con la idea de inevitabilidad del progreso tecnológico y con unos fuertes intereses económicos y de control social propios del capitalismo de la vigilancia, que se revisten de innovación, sostenibilidad, comodidad, personalización o transformación digital. La rapidez y suavidad con que la tecnología va colonizando todas las áreas de nuestra experiencia personal y social contribuye a dificultar el análisis crítico. Nuestra perspectiva no reniega de las numerosas ventajas de la tecnología para el ser humano y su bienestar general, sino que trata de acentuar los efectos nocivos del paradigma tecnocrático y del cambio socio-tecnológico acelerado sobre la salud mental actual de los adolescentes y jóvenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beauregard, L. P. (2023, enero 11). *Las grandes tecnológicas, denunciadas por provocar la crisis de salud mental de los jóvenes en Estados Unidos*. Ediciones EL PAÍS S.L. <https://elpais.com/tecnologia/2023-01-11/las-grandes-tecnologicas-denunciadas-por-provocar-la-crisis-de-salud-mental-de-los-jovenes-en-ee-uu.html>
- Benjamins, R., Rubio Viñuela, Y., & Alonso, C. (2023). Social and ethical challenges of the metaverse: Opening the debate. *AI and Ethics*, 1-9.
- Camacho, M. N., & León, C. (2022). El paradigma tecnocrático: una mirada crítica desde diversas perspectivas. *Teoría y praxis*, 40, 58-77. <https://doi.org/10.5377/typ.v1i40.14061>
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2021). Estudio nº 3316: TENDENCIAS EN LA SOCIEDAD DIGITAL DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

- Centro de Investigaciones Sociológicas (2023) Estudio 3400: ENCUESTA SOBRE RELACIONES SOCIALES Y AFECTIVAS POSTPANDEMIA (III)
- Cramer, S. (2018). #Statusofmind: Social media and young people's mental health and wellbeing. In APHA's 2018 annual meeting & expo. American Public Health Association.
- Desviat, M. (2008). Alienación de lo íntimo: de la represión al just do it. *Átopos, Salud mental, comunidad y cultura*, 7, 2-3.
- Desviat, M. (2021). La salud mental colectiva en tiempos inciertos. Barreras y reto. *Documentación social*, 8, 8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8052030>
- Ditrencia. (2022, 14 octubre). Resumen y conclusiones del Informe Mobile 2022 España y el Mundo. <https://mktefa.ditrencia.es/blog>. <https://mktefa.ditrencia.es/blog/resumen-y-conclusiones-del-informe-ditrencia-mobile-2022>
- Dolz, M., Camprodon, E., & Tarbal, A. (2021). Una mirada a la salud mental de los adolescentes: claves para comprenderlos y acompañarlos. Serie Cuadernos FAROS. Barcelona: Hospital Sant Joan de Deu.
- Estévez Gutiérrez, A. (2017). Son las tecnologías saludables para la salud mental. *Proyecto Hombre: revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 93, 18-19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5993096>
- Fundación ANAR (2022). Conducta suicida y salud mental en la infancia y adolescencia 2012-2022
- Fundación ANAR (2022). Informe Anual Teléfono/Chat ANAR 2021.
- Han, B. C. (2021). *No-cosas: Quiebras del mundo de hoy*. Taurus.
- Han, B.-C. (2021). *La Desaparición de los rituales*. Herder & Herder.
- Instituto Nacional de Estadística (2022). Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares.
- Lahera, G. (2023, 13 abril). ¿Y si la solución a la crisis de salud mental fuera (también) filosófica? *El País*. <https://elpais.com/salud-y-bienestar/2023-04-13/y-si-la-solucion-a-la-crisis-de-salud-mental-fuera-tambien-filosofica.html>
- Lambert, J. D., Barnstable, G., Minter, E., Cooper, J., & McEwan, D. (2022). Taking a One-Week Break from Social Media Improves Well-Being, Depression, and Anxiety: A Randomized Controlled Trial. *Cyberpsychology*,

Behavior, and Social Networking, 25(5), 287-293.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2021.0324>

- Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M. Núm. 73. 27 de marzo de 2023. Págs. 11-93.
- López Diago R, Sánchez Mascaraque P. Actualización sobre el aumento de trastornos mentales en la adolescencia y estrategias de manejo clínico en Atención Primaria. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2023. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2023. p. 23-31.
- Ministerio de Sanidad (2021). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026.
- Palomo, A. G., (2022, 22 abril). Bienvenidos al mundo ‘contactless’: aquí se vive, pero no se toca. El País. <https://elpais.com/ideas/2022-04-22/bienvenidos-al-mundo-contactless-aqui-se-vive-pero-no-se-toca.html>
- Pardo, J. M. (2019b). Los malestares actuales de la infancia. *Revista catalana de pedagogía*, 15, 63-87.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7340612>
- Pigem, J. (2023). *Técnica y totalitarismo: Digitalización, deshumanización y los anillos del poder global*. Editorial Fragmental.
- Plan Nacional sobre Drogas (2021). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España ESTUDES. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Presentacion_enWeb.pdf
- Plan Nacional sobre Drogas (2022). Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en España EDADES. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_EDADES_resumenweb.pdf
- Quintana, J. G., Garrido, A. T., & Moreno, A. J. (2023). Cultura participativa y cultura del “yo” en Instagram. Estudio andaluz en la adolescencia tardía (España). *Revista Práxis*, 1, 162-187. <https://doi.org/10.25112/rpr.v1.3190>
- Shawcroft, J., Gale, M., Coyne, S. M., Twenge, J. M., Carroll, J. S., Wilcox, W. R., & James, S. L. (2022). Teens, screens and quarantine; the relationship

between adolescent media use and mental health prior to and during COVID-19. *Heliyon*, 8(7), e09898. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09898>

- Smartme Analytics (2022). Digital Consumer by Generation. Los hábitos de consumo digital de Generación Z, Millennials y Generación X. <https://smartmeanalytics.com/insight/digital-consumer-by-generation-2022>
- Twenge, J. M., Haidt, J., Lozano, J., & Cummins, K. (2022). Specification curve analysis shows that social media use is linked to poor mental health, especially among girls. *Acta Psychologica*, 224, 103512. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103512>
- Zuboff, S. (2020). *La era del capitalismo de la vigilancia: La lucha por un futuro humano frente a las nuevas fronteras del poder*. Ediciones Paidós.

COMUNICACIÓN



F U N C I O N A M I E N T O
D E U N C R P S C U A N D O
E L C A M B I O E S L A
C O N S T A N T E

Autoras:

Elena Gallardo Molpeceres
Ana María Domínguez Pérez
Irene Huéscar Medina
Alicia Molina Solana

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Fuenlabrada

INTRODUCCIÓN

Desde su apertura en 2018, el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de Fuenlabrada ha asumido el cambio como la única constante en su funcionamiento. En todo este tiempo, las profesionales que han formado y formamos parte del equipo hemos aprendido a lidiar con dichos cambios e incluso a sacarles el máximo beneficio. Sin embargo, no ha sido una tarea fácil, sino que ha necesitado tiempo, capacidad de adaptación y madurez para hacer una lectura positiva.

Los cambios que han ocurrido en todos los niveles han sentado las bases de un contexto caracterizado por la incertidumbre y la crisis. De esta forma, ha sido imposible acomodarnos o anclarnos en una manera de intervenir, sino que constantemente hemos tenido que adaptarnos a circunstancias cambiantes. A continuación, se detallan algunos ejemplos para comprender mejor el contexto que nos ha acompañado.

En primer lugar, la pandemia de COVID-19 ha sido un hecho que ha marcado nuestro trabajo. De un día para otro paramos por completo nuestras vidas tal y como las conocíamos hasta entonces y nos encerramos en nuestras casas. Nuestro pensamiento como profesionales nos recordaba que en cada casa se quedaban personas usuarias del CRPS con situaciones sociofamiliares complejas, dificultades para el afrontamiento de estas y alto sufrimiento mental. Muchas de esas personas tenían que hacer frente a la soledad y a miedos y no podíamos acompañarlas de la forma habitual. En este momento de parálisis mundial fuimos nosotras quienes rápidamente buscamos la mejor manera de continuar siendo un apoyo para las personas usuarias haciendo uso de las tecnologías que teníamos a nuestro alcance. Poco a poco, con la implantación de la desescalada y sus fases, la parálisis dio paso a un sin fin de modificaciones normativas a las cuales se nos hacía imposible seguir el ritmo.

Otras situaciones extraordinarias a las que nos hemos enfrentado en nuestros primeros años de funcionamiento han sido dos plagas de chinches, en 2018 y 2022, y la gran nevada de Filomena en 2021. La primera plaga de chinches ocurrió a los pocos meses de abrir los recursos de atención social de Fuenlabrada. Por aquel entonces, la preocupación de los equipos era

sencillamente arrancar, sin embargo, el equipo y las personas usuarias de la residencia, que fueron los afectados más directos, tuvieron que aprender a vivir de otra forma en cuestión de días. Limitaron sus actividades y contactos, renunciaron a sus pertenencias y, en definitiva, perturbaron su cotidianidad durante unas largas semanas para evitar la propagación de la plaga por los otros recursos. Los efectos colaterales de ambas plagas se han sentido también en el CRPS puesto que alrededor de un tercio de las personas usuarias que atendemos son usuarias de la residencia. Las implicaciones de la segunda plaga de chinches fueron distintas porque, aún no entrañando excesivo reto por el componente de novedad, esta supuso una fatiga añadida para equipos y personas usuarias que se vieron inmersas de nuevo en otra situación compleja y que se preguntaron cuántas veces habrían de pasar por algo así. Entre ambas plagas y posterior a la pandemia cayó la gran nevada de Filomena, que alteró durante casi una semana la vida en la Comunidad de Madrid. Ambas situaciones tienen un punto común que no es otro que el aislamiento total y/o parcial al que nos sometieron recordando la dureza de la pandemia.

En el ámbito institucional se han dado dos hechos que han provocado cambios. El primero de ellos es la tramitación de un nuevo Acuerdo Marco de CRPS por parte de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social de la Comunidad de Madrid y consecuentemente la edición de un nuevo Pliego de Prescripciones Técnicas para los CRPS. Este cambio no nos coge por sorpresa puesto que la finalización de la vigencia de un acuerdo y la gestión de un acuerdo de relevo es un procedimiento recurrente al que las personas profesionales y usuarias con larga trayectoria en la red de atención social están acostumbradas. Sin embargo, no por ser recurrente implica que el funcionamiento de los CRPS se mantenga tal cual estaba en el previo Acuerdo. En este sentido, el segundo hecho, fruto del nuevo Pliego, es la Guía de evaluación e intervención para los CRPS de la Fundación Manantial que se elabora con el fin de ajustar el trabajo de los equipos profesionales a las nuevas indicaciones sobre los objetivos, las funciones, los servicios y el proceso de atención e intervención de los CRPS. En nuestro caso, el CRPS de Fuenlabrada ha aprovechado la coyuntura para construir y empezar a implantar un proyecto técnico que llevaba tiempo fraguándose en las mentes de las profesionales. La Guía de evaluación e

intervención ha propiciado unas buenas condiciones para dar forma al proyecto y ejecutarlo gracias a cómo estructura las áreas de intervención y los programas derivados de estas. Dicha Guía está actualmente en proceso de revisión y de mejora para convertirse en la herramienta útil que pretende ser.

Como se explicaba en el párrafo anterior, el CRPS de Fuenlabrada se ha embarcado en la construcción de un proyecto de centro en respuesta a la Guía de evaluación e intervención. Este proyecto ha requerido la reflexión por parte del equipo profesional (Sunyer, 2008) que, durante el verano de 2022, bloqueamos las agendas y nos reunimos varias jornadas para diseñarlo conjuntamente. En este proceso de creación también hemos querido hacer partícipes a las personas usuarias del CRPS, ya que la implantación de los cambios en el proyecto de centro les afecta de lleno y por ese motivo mantuvimos una reunión con todas ellas para hacer un diagnóstico de sus propias necesidades que utilizamos para acoplar la Guía a medida de nuestro contexto. Según avanzaba el proceso, nos dimos cuenta de que era importante dar prioridad a las intervenciones grupales frente a las individuales, justo al contrario de las intervenciones llevadas a cabo anteriormente. La razón de priorizar esta orientación grupal fue simular entornos lo más parecidos posible a los que encontraríamos fuera del CRPS y aumentar la vinculación al CRPS y su proyecto en vez de a una única profesional. A consecuencia de la predominancia de las intervenciones grupales nos hemos cuestionado además de qué manera podíamos el enganche de las personas usuarias, para lo que hemos detectado la necesidad de formarnos en cuestiones relacionadas con las dinámicas de funcionamiento y participación grupal desde la perspectiva de búsqueda del cambio social más que de la promoción de la salud mental. A pesar de que aquí quede reflejado de forma breve, la traducción de la Guía a las circunstancias de nuestro CRPS ha sido una tarea ardua porque debíamos dejar a un lado las formas de intervención que veníamos empleando, así como las preferencias individuales para que el resultado fuese un proyecto nuevo, común y acorde a la realidad.

En último lugar, quizás el cambio más tangible de todos los mencionados, haya sido el movimiento de profesionales tanto en el Centro de Salud Mental (CSM) como en el CRPS. El delicado estado de los servicios de sanidad en la

Comunidad de Madrid se ha hecho palpable también en el CSM que corresponde al municipio de Fuenlabrada. En los últimos años, se han sucedido varios psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales en los puestos del Programa de Continuidad de Cuidados debido a la precariedad de los contratos o a la búsqueda de puestos más duraderos. Algo similar ha ocurrido en el CRPS de Fuenlabrada, donde el equipo profesional compuesto por una directora, una psicóloga, dos educadoras sociales, una trabajadora social y una terapeuta ocupacional ha recibido a varias personas en cada puesto. Al hacer un conteo hemos calculado que en la breve historia de nuestro CRPS han pasado tres directoras, tres psicólogas, dos educadoras sociales en uno de los puestos, tres trabajadoras sociales y cuatro terapeutas ocupacionales. Es lógico pensar que la ruptura de la continuidad en cualquier figura profesional supone un escollo en la relación terapéutica en el que se profundizará más adelante (Rodríguez Pereira, 2011).

Tras presentar las características cambiantes del contexto, algunas particulares de nuestro CRPS y otras comunes a las personas que nos dedicamos a la salud mental desde diferentes ámbitos, queda reflejada la incertidumbre que ha impregnado el trabajo diario de los últimos años. Es destacable cómo, poco a poco y en contra de la tan deseada estabilidad, estos episodios han ido forjando en nuestras mentes la idea de que los cambios son nuestra rutina y que cuando llegan han de afrontarse de la forma más adaptativa posible.

DESARROLLO

Habitualmente la persistencia en el tiempo de una situación en la que no hay elementos sólidos y estables a los que aferrarse puede resultar angustiosa y paralizante (Rodríguez Pereira, 2011). Cuando nos paramos a pensar en todos los cambios acontecidos nos surge hacer un análisis de las consecuencias de estos, clasificándolas según dos criterios: negativas y positivas y desde la perspectiva de las personas usuarias y de las profesionales. Pero al final vimos que no había diferencias en cómo nos afectan este tipo de sucesos sino diferencias en el punto de vista.

En cuanto a consecuencias negativas, nombramos primero la que atraviesa todas las demás. La incertidumbre en la relación terapéutica ha sido un elemento que hemos observado a lo largo de la historia del CRPS según se iban sentando los precedentes del movimiento constante de profesionales. Con frecuencia hemos escuchado por parte de personas usuarias comentarios y preguntas del estilo “si no es con X profesional no acudo a la actividad”, “que venga una profesional de verdad” “¿por cuánto tiempo vas a estar con nosotros?”, “¿te vas a ir?”, entre otros. En gran medida, el tono general ha sido de reproche y falta de confianza hacia el equipo dejando entrever miedo a la pérdida de relaciones significativas (Rodríguez López, 2021). En definitiva, lo que se dibujaba en el imaginario de las personas usuarias de nuestro CRPS no era otra cosa que la posibilidad de revivir historias vitales de pérdida o abandono que en otro tiempo provocaron fuerte sufrimiento y cuyo malestar llega hasta nuestros días (Rodríguez Pereira, 2011). Al otro lado de su demanda de presencia y de sus miedos nos encontramos las profesionales, que además de con criterio técnico contamos con sensibilidad humana, y hemos reaccionado intentando dar una seguridad en el estar que no podemos garantizar y creando sin querer una relación de mayor dependencia.

En relación con la incertidumbre aparece la consecuencia de sentir pereza por tener que empezar de nuevo (Rodríguez Pereira, 2011). Desde la perspectiva de las personas usuarias esto conecta con las dificultades para contar de nuevo su historia, reabrir sucesos dolorosos y depositar en una profesional desconocida cuestiones vitales íntimas como pueden ser la relación conflictiva con la familia, el delirio o los hábitos de consumo. En otro orden, dicha pereza también se ha hecho visible con el comienzo del nuevo proyecto de centro. Las personas usuarias se han visto obligadas a redescubrir su ya conocido CRPS y a dejarse convencer por los beneficios que las profesionales les hemos contado sobre el proyecto. Para muchas personas ha implicado salir de la zona de confort por tener que participar en nuevas actividades, acudir en otro horario, exponerse a otras profesionales y compañeros y reducir la frecuencia de las intervenciones individuales. En cualquier caso, se vislumbra de nuevo la falta de confianza en el equipo y aparece el recelo de abandonar lo bueno ya conocido por algo mejor por conocer.

Asimismo, se entromete en el pensamiento de las personas usuarias la idea de “el mundo cambia y yo no”. Hemos percibido este pensamiento en la expresión de tristeza colectiva ante los cambios y en algunas verbalizaciones individuales que han puesto sobre la mesa la sensación de parálisis o de regresión vital. A modo de aclaración, llamamos mundo a cualquier sistema del que participa la persona usuaria, bien sea el CRPS, su familia, un grupo de relación o similar. Cuando el mundo se mantiene estable, en equilibrio, las personas usuarias tienen sensación de seguridad y control. Constantemente estamos en búsqueda de ese equilibrio porque sabemos que los cambios lo comprometen. En este punto, debemos dar cabida a la idea de que el equilibrio de un sistema no implica necesariamente su buen funcionamiento ni bienestar para las personas que lo forman. Puede existir equilibrio disfuncional y ser compatible con la sensación de seguridad y control, al mismo tiempo que con malestar reconocido. El problema se encuentra en las dificultades que tienen estas personas para entender la amenaza del equilibrio a través de los cambios como una oportunidad para aumentar el bienestar. La asociación del bienestar con el control y la seguridad ha reemplazado erróneamente a la asociación del bienestar con el buen funcionamiento. Como profesionales, nuestra labor se ha orientado a tolerar la posibilidad de que los cambios nos aporten en positivo.

Hasta la llegada del nuevo proyecto de centro, las personas usuarias del CRPS lo han percibido como un recurso contenedor en el que han experimentado en muchas ocasiones el apoyo necesario para enfrentarse a los desafíos que sus vidas les plantean, desde dar pasos en la autonomía hacia un futuro hogar independiente hasta recibir acompañamiento por la pérdida de familiares pasando por muchos otros (Rodríguez López, 2021). La percepción de éxito les ha animado a perseverar y a afianzar su vínculo, antes con las profesionales del equipo y en adelante con el CRPS y su proyecto. Si bien, antes de hacer uso del CRPS, han vivido todo lo contrario, una falta de apoyo que ha sido motivo de grandes fracasos en sus vidas. Por estas experiencias pasadas, advertimos que el miedo al cambio les anticipaba el temor a un nuevo fracaso al que no querían exponerse y producía respuestas como inasistencia a las actividades, silencios y somnolencia durante estas y rechazo de citas

individuales con las nuevas profesionales ante una situación que consideraban adversa.

El cierre de esta enumeración de consecuencias negativas de los cambios no puede ser otro que recalcar las repercusiones derivadas de la pérdida de relaciones (Rodríguez López, 2021). En la pérdida, profesionales y personas usuarias nos hemos preguntado si lo que hacíamos hasta ahora con una persona iba a ser igual de válido para tener la confianza de otra o si la persona nueva, profesional o usuaria, podía quererme igual que la anterior a pesar de mis dificultades y limitaciones, con el correspondiente miedo a defraudar mutuamente.

Por otro lado, las consecuencias positivas que se han dado a lo largo de los cambios no son despreciables puesto que se han convertido en el motor para sobreponerse y llegar al momento en el que ahora se encuentra el CRPS. La creación del nuevo proyecto de centro ha resultado ser el elemento clave para no desmoralizarnos ante los múltiples cambios porque ha permitido generar espacios para la creatividad y abandonar resistencias profesionales. Al tener el proyecto como tarea común y la Guía de evaluación e intervención como pauta las profesionales hemos podido pensar de una manera alternativa y más creativa a la que acostumbrábamos. También hemos podido escuchar a las personas usuarias del CRPS y traducir sus necesidades de forma diferente a como hacíamos antes para no quedarnos ancladas en lo que quieren hacer, con la actividad grupal como fin, y encajarlas en nuestra tarea atendiendo a lo que quieren conseguir, con la actividad grupal como medio. Además, el abandono de las resistencias profesionales en favor del nuevo proyecto ha permitido implementarlo con facilidad y centradas en la tarea.

Hemos observado que para algunas personas usuarias la vinculación al CRPS ha tenido lugar gracias a disponer de espacios para dialogar sobre las pérdidas y el duelo por la marcha de profesionales. Es cierto que en un primer momento pensamos que la pérdida de profesionales iba a afectar en mayor medida a las personas usuarias, pero pronto nos dimos cuenta de que no era así, porque el equipo se resintió con los movimientos, y que compartir nuestro sentir ayudaría a reforzar la unión al CRPS antes que a las profesionales. Sin

duda, el diálogo nos ha acercado a profesionales y personas usuarias, pero en esta ocasión no nos ha encadenado.

Cuando todo cambia instintivamente elaboramos respuestas adaptativas que nos sorprenden a nosotras mismas y también a las personas de nuestro alrededor, incluso cuando nos resistimos al cambio o cuando se trata de cambios no deseados como los que se abordan en este texto. La adaptación es una oportunidad de descubrir potencialidades que, nosotras como profesionales, hemos tenido la oportunidad de admirar en las personas usuarias. Al verlas no podíamos permitir que las escondieran una vez hubiesen cumplido su función para la adaptación, por lo que decidimos acompañar dichas potencialidades para orientarlas a la consecución de los objetivos del Plan individualizado de Rehabilitación (PIR) de cada persona usuaria. Un efecto inesperado de descubrir potencialidades ha sido contemplar a las personas usuarias con una mirada renovada, es decir, pudiendo confeccionar una imagen distinta de ellas como una misma persona con otras herramientas para ser y estar en el mundo.

Con prudencia añadimos que las potencialidades descubiertas en las profesionales han servido para generar capacidad de “sobreadaptación” a las situaciones que han acontecido. La pandemia, la nevada, las chinches, los movimientos de profesionales y el nuevo proyecto de centro han fortalecido actitudes, como el sentido del humor, y aptitudes, como la madurez y la flexibilidad. Un resultado del fortalecimiento es que somos menos vulnerables a los efectos de los cambios y los afrontamos con la motivación de sacar el máximo beneficio de ellos.

En resumen, las consecuencias positivas narradas han despuntado porque contábamos con una tarea que mediaba. La decisión de trabajar por un nuevo proyecto de CRPS centradas en la tarea nos ha llevado a construir un proyecto no condicionado a nuestra presencia. Esto significa que pasado el tiempo e independientemente de qué profesionales permanezcamos o se incorporen al equipo habrá mayor estabilidad, será más sencillo sumarse al proyecto y se darán más opciones de continuar aportando en su construcción. La disposición actual de la gran mayoría de personas que componemos el CRPS dista mucho de la anterior; no obviamos la parte negativa del cambio ni

ensalzamos la positiva, sino que nos esforzamos por ver de qué manera la adaptación puede recompensarnos con capacidades mejoradas.

CONCLUSIONES

La clave de esta experiencia reside en comprender que el proceso que ha ocurrido en el CRPS no difiere tanto de lo que ocurre en el curso vital de una persona. El paralelismo que se establece entre el CRPS y la vida desprende las tres ideas siguientes. La primera de ellas es que el CRPS reproduce los acontecimientos propios de las relaciones en los sistemas familiares, escolares, laborales y de amistad de la sociedad. En consecuencia, la segunda idea es que puede emplearse como un laboratorio para ensayar y pulir nuevos modelos de relación que fomenten la funcionalidad y el bienestar de las personas usuarias. Y, en tercer lugar, la idea de que esta reproducción de la sociedad en un entorno controlado permite a las personas verse como otras les ven gracias a las interacciones que se generan en las actividades grupales y a las devoluciones que hacemos las profesionales individualmente. Así, facilitamos un mejor desempeño social.

En cuanto a la elaboración del nuevo proyecto de centro con inclinación a la intervención grupal concluimos que la participación de cada persona usuaria y del equipo desde su individualidad ha sido muy valiosa para el proceso. El Acuerdo Marco, el Pliego de Prescripciones Técnicas para los CRPS y la Guía de evaluación e intervención son documentos que hemos utilizado a modo de patrón y nos han orientado en la tarea de componer el proyecto concreto de nuestro CRPS, pero la singularidad se ha conseguido mediante la participación de todas y cada una. En nuestra mano ha estado dedicar tiempo a pensar e implementar el proyecto para evitar repetir, como en años anteriores, que nunca era un buen momento. En medio de la reflexión hemos querido potenciar el valor de la intervención grupal por su capacidad para generar compromiso entre los miembros del grupo, crear situaciones seguras para la exposición personal y favorecer momentos en los que compartir experiencias sustituyendo la jerarquía de la diada profesional-persona usuaria por la horizontalidad grupal.

Desde el punto de vista rehabilitador la creación de vínculos más sanos entre personas usuarias y profesionales promueve la continuidad de los procesos terapéuticos. La profesional pierde el poder de dirigir en solitario las intervenciones individuales y deposita este poder en el equipo de profesionales y en el grupo. De este modo, se diluye la responsabilidad de una profesional entre varias, disminuye la co-dependencia en la relación terapéutica y, por ende, aumenta el valor del CRPS y su proyecto. Generar tolerancia a la incertidumbre propia de los movimientos y las ausencias de profesionales, además de a los cambios en general, es una ganancia aplicable a multitud de situaciones de incertidumbre que suceden a lo largo de la vida.

Debido a los cambios a nuestro alrededor también hemos buscado nuevas formas de acercarnos a las personas usuarias y de aumentar su participación, que hemos adecuado según las circunstancias. En algunos momentos lo más recomendable ha sido usar las tecnologías como whatsapp o videollamadas para romper el obstáculo de la distancia. En el momento actual la prioridad es conseguir una participación cuyo objetivo sea la transformación social para generar cambios duraderos en el CRPS y en nuestro entorno más cercano. Por esta razón, hace unos meses reconocimos la necesidad de aplicar metodologías alternativas con ayuda de personas expertas en participación y dedicamos tiempo a formarnos en esta cuestión. El resultado es que, una vez más, el CRPS se halla en proceso de cambio.

La conclusión principal de llevar casi cinco años viviendo en un cambio constante es que por primera vez en su historia el propio CRPS decide e impulsa sus propios cambios motivado por la experiencia y equipado con valiosos aprendizajes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rodríguez López, B. (2021). La sustitución de un conductor en Psicoterapia de Grupo: Mi experiencia personal. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, 25, 1-16.

- Rodríguez Pereira, C. (2011). Ruptura de la continuidad del proceso terapéutico por cambio de terapeuta. Una reflexión desde la perspectiva relacional. *Clínica e investigación relacional*, 5(3), 457-471.
- Sunyer, J. M. (2008). *Psicoterapia de Grupo Grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos*. Biblioteca Nueva.

COMUNICACIÓN



Autor:

Emiliano Malagón Mayoral - Maestro taller oficios. Centro de Rehabilitación Laboral de Carabanchel

INTRODUCCIÓN

El proyecto **Rebicicla** nace oficialmente el 16 de enero de 2020, y es un proyecto que en sus tareas habituales consiste en reacondicionar bicicletas en desuso provenientes de donaciones para su posterior entrega en usufructo a personas en situación de vulnerabilidad.

Rebicicla es una iniciativa de la **Fundación El Buen Samaritano**, en su estrategia global de lucha contra el cambio climático y para la transición ecológica. Nuestra Fundación es una entidad sin ánimo de lucro que actualmente gestiona cinco recursos de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid.

El proyecto se viene desarrollando en el Centro de Rehabilitación Laboral (en adelante CRL) de Carabanchel, concretamente en el taller pre-laboral de oficios múltiples de dicho centro, donde, a modo de taller de reparación de bicis, las personas participantes trabajan distintos aspectos que les ayuden o faciliten la inserción laboral y el mantenimiento de un puesto de trabajo.

Por contextualizar un poco, hay que señalar que Carabanchel es el distrito más populoso de la ciudad de Madrid con unos 250.000 habitantes, que en su mayoría somos personas de clase trabajadora, cuenta con un único CRL y que además tiene una de las rentas medias por persona más bajas de dicha ciudad; ocupa el cuarto lugar empezando por la cola, según los últimos datos publicados por el ayuntamiento de Madrid.

Así, y gracias también al impulso de la Comisión de Medio Ambiente de la **Fundación El Buen Samaritano**, durante el otoño de 2019 fuimos elaborando lo que en principio fue un micro-proyecto que finalmente recibió el nombre de **Rebicicla** y que cumple con las características propias de un CRL, generando una actividad productiva sin tener ningún tipo de transacción económica en relación con la comunidad en la que se integra y que además tiene dos interesantes dimensiones: una solidaria y otra ecológica.

De este modo, en enero de 2020 iniciamos oficialmente el proyecto con la idea o el propósito de reparar y reacondicionar a un año vista al menos cinco

bicicletas a lo largo de las 40/45 sesiones que teníamos previsto mantener, ya que, inicialmente, dedicábamos un solo día de la semana al proyecto.

Tras el parón sufrido en todo el país con la pandemia de Covid-19, y la reincorporación a la actividad presencial, las personas participantes en el proyecto nos demandaban más tiempo de dedicación a la tarea de reparar bicicletas frente a otras tareas que también hacemos en el taller pre-laboral de oficios múltiples, como el trabajo con la madera, de modo que fuimos aumentando el tiempo de sesiones con el resultado de que actualmente estamos dedicando prácticamente el 100% de la jornada a las tareas generadas por el proyecto, hasta el punto que incluso el nombre del taller ha pasado de llamarse taller de oficios múltiples a denominarse directamente taller **Rebicicla**. Esto es así, como veremos un poco más adelante, debido a que además de las tareas de reparación y reacondicionamiento de bicicletas, el proyecto ha generado otras actividades relacionadas, tales como impartición de talleres de mecánica básica de bicicletas en centros educativos, presentaciones del proyecto en diversos ámbitos, y creación y gestión de un banco de bicicletas sociales, entre otras actividades.

INICIOS Y PROPÓSITOS

Los inicios de **Rebicicla** supusieron un proceso de aprendizaje muy interesante en el que tanto el responsable del taller como las personas participantes partían de parecido nivel de conocimientos técnicos en la materia, por tanto, el proceso ha sido un compendio de descubrimientos y también ensayos y errores compartidos. En el camino se han diluido las habituales fronteras entre enseñante y aprendiz, resultando una experiencia cooperativa muy enriquecedora, estimulante, y de carácter horizontal en la transmisión del conocimiento.



Los objetivos generales que perseguimos son, por un lado, **mejorar la empleabilidad** de las personas que asisten al proyecto. Este es un objetivo inherente a todos los CRL's. En nuestro caso, este objetivo lo llevamos a cabo mediante la formación en mecánica de bicicletas, al tiempo que trabajamos otros aspectos transversales para la obtención y el mantenimiento de un puesto de trabajo.

Así mismo, aspiramos a **promover la integración comunitaria** de las personas participantes del proyecto con una dimensión solidaria y ecológica, a la vez que combatimos los prejuicios en torno a las capacidades de las personas con problemas de salud mental graves.

Otra de nuestras pretensiones, es facilitar el **acceso universal a una movilidad activa, saludable y sostenible** como la bicicleta. Consideramos que

ningún determinante social tales como la edad, el nivel de estudios, el nivel económico, etc. debe ser motivo de discriminación para disfrutar de ese derecho.

Por último, y no menos importante, pretendemos **contribuir, con la reutilización de materiales, a la reducción de residuos**, que es un problema importantísimo que tenemos actualmente en todos los núcleos urbanos del planeta (y particularmente en nuestra ciudad, la más poblada del país, con más de 3.300.000 habitantes).

En relación a cuestiones numéricas, tenemos que señalar que, desde el inicio del proyecto hasta la fecha de redacción de este trabajo, hemos reparado y entregado **un total de 99 bicis**, aumentando de año en año nuestro volumen de trabajo, de modo que cuando se celebren las XXVI Jornadas de la AMSM, habremos superado la mítica barrera del centenar de bicicletas reacondicionadas y entregadas.

2023 AÑO	23 BICIS RECIBIDAS	15 BICIS ENTREGADAS
2022 AÑO	52 BICIS RECIBIDAS	43 BICIS ENTREGADAS
2021 AÑO	39 BICIS RECIBIDAS	27 BICIS ENTREGADAS
2020 AÑO	21 BICIS RECIBIDAS	14 BICIS ENTREGADAS

Balance de bicis recibidas y entregadas a fecha 20/04/2023

REBICICLA: CAJA DE JUEGOS CON EXPANSIONES

Reacondicionar bicicletas tiene muchas cosas en común con algunos juegos de mesa muy populares, como los llamados rompecabezas o los puzles, puesto que la bicicleta es un conjunto relativamente sencillo de piezas mecánicas que han de ajustar bien, cada cosa en su sitio y con la debida tensión y medida

para que el conjunto funcione correctamente. A veces, en el proceso, se recurre a técnicas deductivas basadas en el pensamiento lógico y la visualización para encontrar la raíz del problema y resolverlo de forma adecuada. Cada bicicleta que nos llega es un reto diferente cuya resolución supone un gran estímulo intelectual si uno está dispuesto a jugar.

Siguiendo esta analogía, en **Rebicicla** hemos ido añadiendo expansiones a nuestro lúdico planteamiento inicial; Aunque al principio nuestro proyecto se limitaba a reparar y reacondicionar bicis para adultos, tras los primeros meses de formación, decidimos ampliar nuestras tareas y recoger también bicicletas infantiles para su posterior entrega a familias que las necesitaran.

También durante estos tres años de experiencia, aparte de la mera reparación de las bicicletas, hemos ido asumiendo otros desafíos para la promoción y uso de este medio activo y sostenible de movilidad, como crear una página web propia (**www.rebicicla.org**), donde publicar artículos relacionados con el mundo de la bici y darle visibilidad a nuestro quehacer cotidiano.

Además, hemos realizado varias presentaciones del proyecto en distintos ámbitos, tanto de forma virtual, cuando aún en “nuestros infelices años 20” había restricciones grupales, y más tarde, de forma presencial, incluyendo las Facultades de Trabajo Social y Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y el triple congreso CICLOBCN21. En estos eventos, personas participantes del proyecto han podido relatar su experiencia en primera persona y el grado de significación para ellas del mismo. Esto nos ha servido para mejorar nuestro registro de datos sobre la actividad, aprender a redactar material gráfico de difusión y también exponer ante un público heterogéneo nuestro entusiasmo por lo que hacemos cotidianamente.

En el último año 2022, hemos impulsado tres expansiones muy relevantes en el ámbito de la integración comunitaria. Una de ellas ha sido la participación activa en la creación del grupo de trabajo comunitario o comisión **Ciclobanchel**, un grupo que surge de la plataforma de entidades “Mapeando Carabanchel Alto”, y que está formado por personas y entidades que trabajamos en nuestro distrito principalmente en el área sociosanitaria y cuyo propósito es **poner en valor la bicicleta como activo de salud, tanto en sus aspectos individuales como**

sociales y medioambientales, circunscrito al distrito de Carabanchel y alrededores, y que está abierto a la participación vecinal. **Ciclobanchel** tiene tres líneas de trabajo principales que se pueden resumir en la formación y divulgación, la organización de rutas ciclistas y también la creación y gestión de un banco de bicicletas sociales. El proyecto **Rebicicla** participa muy activamente en todas las líneas de trabajo, pero, sin lugar a dudas, es quizá la creación y gestión del banco de bicicletas sociales donde tenemos un papel mucho más relevante, proporcionando bicis tanto a entidades como a particulares para eventos puntuales.



Otra de nuestras expansiones del pasado año 2022 ha consistido en la creación del grupo ciclista **Rebicicla**, un grupo abierto a la participación comunitaria y que pretendemos sea **un espacio de encuentro social en torno a la bicicleta**. Para ello, intentamos organizar al menos un sábado al mes una ruta de carácter lúdico por nuestro distrito y alrededores. Durante este primer año de andadura, hemos organizado 9 salidas con la participación de 17 personas diferentes en total, de las que el 65% eran personas vinculadas a nuestra Fundación y el 35% restante vecin@s del barrio, con lo que consideramos que el objetivo de servir como un espacio de integración comunitaria se está cumpliendo en buena medida.

Por último, también en 2022 e integrado en la línea de trabajo de Formación y Divulgación de la comisión **Ciclobanchel**, hemos empezado a ofertar un Taller de Mecánica Básica de Bicicletas para centros educativos de nuestro entorno, concretamente durante el otoño de 2022 y marzo de 2023, impartimos dicho taller en el CEIP Maestro Padilla y el CEIP Pinar de San José respectivamente. En el primer caso, participaron unos 190 alumnos y alumnas de 5º y 6º de Primaria. En el segundo caso, en total fueron 86 chicos y chicas de 6º de Primaria. La impartición del taller, que consiste en sesiones de unos 45 minutos por grupo, corre a cargo de las personas que participan habitualmente en **Rebicicla**, de tal modo que trabajan aspectos relacionados con las Habilidades Sociales, la exposición grupal y la oratoria, valorando la experiencia de modo muy positivo, al igual que por parte de la comunidad educativa.



Además, dentro de esa misma línea de trabajo, hemos construido la primera “*Cicloteca*” de Carabanchel, un espacio con bibliografía específica sobre la bici para préstamo y consulta por parte de la ciudadanía, abierto a las sugerencias para la adquisición de nuevos fondos bibliográficos y que está ubicado físicamente en la Biblioteca Pública Luis Rosales (Antonia Rodríguez Sacristán, 7-9 28044 Madrid).

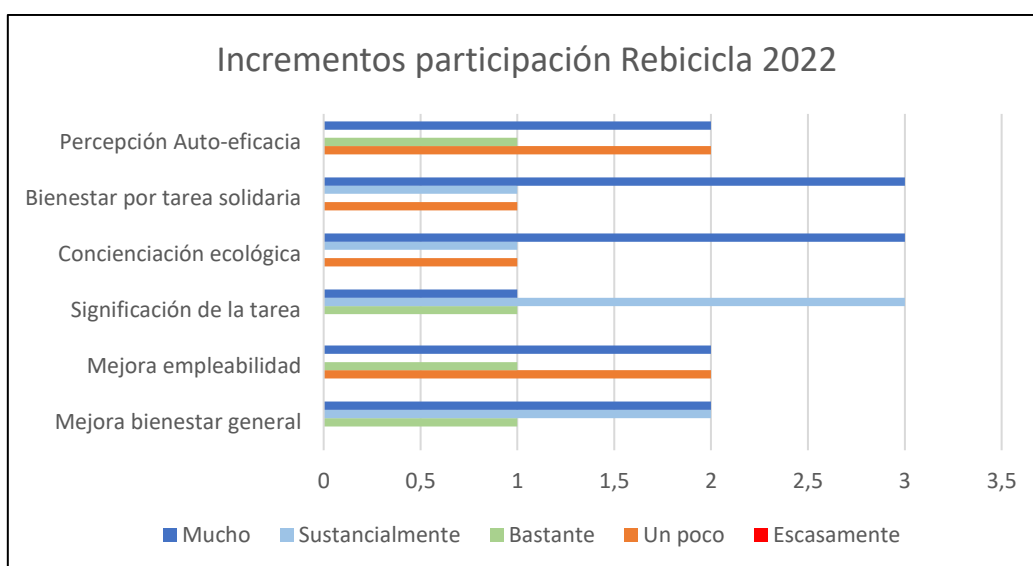


CONCLUSIONES: “BICICLETA O BARBARIE”

Arreglar bicicletas supone mancharse las manos (muy a menudo, cuando te pones los guantes, ya es un poco tarde y las tienes llenas de grasa o manchadas por un neumático), pero al igual que en la película “*Como Dios*” en la que Morgan Freeman haciendo de un Dios muy afable, bromista y tremendamente cercano, le alecciona en los misterios de la vida al atribulado Bruce Nolan (un reportero televisivo algo insatisfecho con su labor profesional e interpretado por Jim Carrey), diciéndole que “*muchas de las personas más felices en la vida, llegan a su casa del trabajo con las manos sucias*”, nosotros defendemos ese mismo axioma y reconocemos que reparar bicis, aunque sea a costa de ensuciarnos las manos, nos hace muy felices, y por partida doble, cuando sabemos que el destinatario o la destinataria de la bicicleta en cuestión va a ser una persona en situación de vulnerabilidad.

Como una suerte de hedonismo (bien entendido) barato y sostenible (para reparar bicicletas prácticamente toda la herramienta es manual y no se necesita

apenas electricidad, salvo en ocasiones puntuales) como fuente de satisfacción personal, las encuestas de participación que hacemos año a año sobre nuestro proyecto, nos indican que, hasta el momento, las personas participantes destacan que **ha mejorado mucho su bienestar general por realizar una tarea solidaria**, así como **su conciencia ecológica**. Estas dos dimensiones son, a nuestro juicio, los pilares en los que hemos basado nuestra propuesta y que, ante esos datos, nos animan a seguir en este camino de transformación social a través de la reparación de bicis y sus actividades derivadas.



Fuente: Elaboración propia mediante encuesta estructurada

La bicicleta tiene también en nuestro país un largo recorrido por hacer para equipararnos a otras ciudades europeas que hace ya tiempo vieron el potencial y, sobre todo, la necesidad, de implementar modos de transporte asequibles, activos y sostenibles, tanto por razones de salud pública (combatir el sedentarismo, prevención enfermedades cardiovasculares, etc.) como por pacificar la circulación, mejorando los niveles de calidad del aire y apostando por equilibrar y mejorar el uso del espacio público, poniendo al peatón y después a la bicicleta en los puestos preferentes de los desplazamientos urbanos.

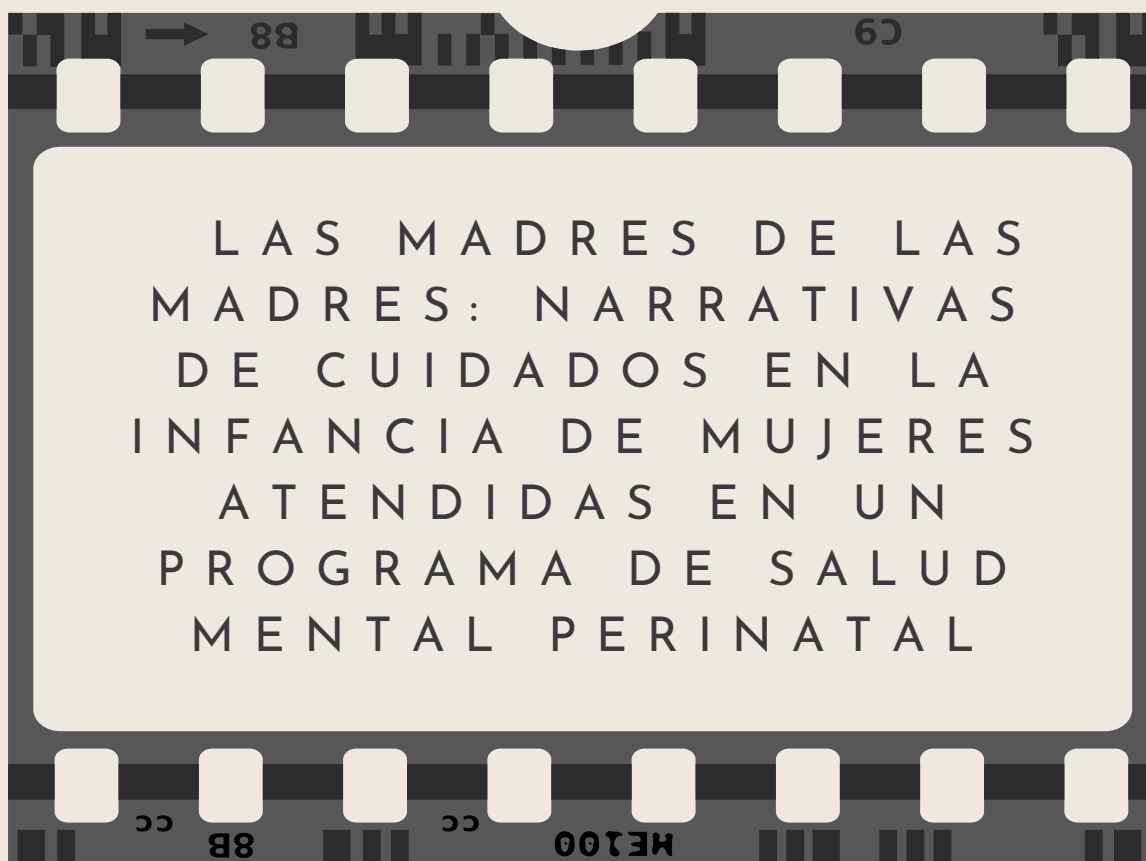
En Madrid los datos indican que **la bicicleta hoy no llega al 1% de los desplazamientos en la ciudad** y podría sustituir la mayoría de viajes en coche de hasta 10 km, distancia en la cual es muy competitiva en tiempos de

desplazamiento, algo deseable y a todas luces favorable tanto para la salud individual como colectiva, así como para el medio ambiente.

Tomando en consideración que algo más de la mitad de la población en España vivimos, estudiamos y trabajamos en ciudades con más de 50.000 habitantes con los desafíos que esto conlleva en el plano de los desplazamientos, no es descabellado en absoluto proponer implementar medidas de uso y promoción de la movilidad activa y sostenible en todas las áreas (infraestructuras, adquisición, seguridad vial, etc.), con el propósito de conformar ciudades mucho más humanas, cuidadosas desde el punto de vista de la salud, ecológicamente sostenibles y amables para el desarrollo de relaciones personales y con el entorno satisfactorias y plenas. En este aspecto, creemos que la bicicleta debe jugar un papel preponderante y su promoción ha de configurar el grueso de las políticas públicas en los próximos años.

Mientras, seguiremos con entusiasmo, intentando poner nuestro granito de arena para que haya un futuro que merezca la pena vivir, sacando bicicletas de los trasteros donde acumulan polvo y olvido, para que vuelvan a circular, haciendo felices a otras personas y cumpliendo la función para la que fueron creadas: rodar y hacer que su uso nos brinde el imprescindible disfrute de desplazarnos empleando la simple, eficiente, ecológica y económica energía de nuestras piernas.

COMUNICACIÓN



LAS MADRES DE LAS
MADRES: NARRATIVAS
DE CUIDADOS EN LA
INFANCIA DE MUJERES
ATENDIDAS EN UN
PROGRAMA DE SALUD
MENTAL PERINATAL

Autoras:

Rocío Paricio del Castillo - Psiquiatra

Sara Arias Rubio - Psicóloga Clínica

Leticia Mallol Castaño - Psiquiatra

Unidad Salud Mental Infanto- Juvenil. Hospital Universitario
Puerta de Hierro.

INTRODUCCIÓN

La atención a los procesos reproductivos de las mujeres en nuestro sistema sanitario se realiza mayoritariamente desde un marco de conocimiento biomédico, que centra el foco en los cambios físicos que experimentan las mujeres (a menudo, con un alto grado de patologización de los mismos), e ignora los profundos cambios psíquicos y sociales que se producen durante los periodos perinatales (1). El escaso valor que el marco científico otorga a las experiencias subjetivas, unido al sesgo de género que, como en todos los ámbitos, existe todavía en los entornos de salud, han contribuido a la invisibilización sistemática de la psicología perinatal, con la consecuyente falta de formación de las y los profesionales que atienden a estos grupos de población (2) (3). El desconocimiento de los procesos psicológicos que tienen lugar durante los procesos reproductivos impide que estos puedan ser identificados y adecuadamente valorados dentro del continuo de la salud y la enfermedad.

La transparencia psíquica es un estado de especial sensibilidad emocional que aparece progresivamente durante el embarazo, hasta hacerse máximo en los momentos previos al parto, en el cual se produce el resurgimiento de recuerdos infantiles que se creían olvidados (4). Su nombre hace referencia al debilitamiento o desvanecimiento parcial de los mecanismos de defensa, o "barreras psíquicas", que sucede durante el embarazo, y que facilita que afloren a la conciencia algunas experiencias tempranas que, de forma habitual, no se encuentran accesibles. Esta particular ventana hacia el inconsciente se cerraría de nuevo entorno a los 3 meses postparto, y su función sería movilizar las propias experiencias relacionales recibidas por las mujeres en su primera infancia, y los aprendizajes implícitos, para ponerlos en juego en la nueva relación afectiva que inicia con el bebé que espera (4). Así, la transparencia psíquica permite a las mujeres embarazadas pasar largos ratos recordando su propia niñez, favoreciendo las fantasías maternas y la aparición de las representaciones maternas; esto es: proyecciones de su propia infancia y de la historia relacional con su madre hacia su bebé y hacia su nuevo rol maternal (5). Si la infancia fue un tiempo relacionalmente saludable, marcado por cuidados sensibles y respetuosos, la transparencia psíquica y las representaciones maternas actuarán como promovedores del vínculo afectivo hacia el nuevo bebé

y la reconexión hacia la propia madre. No obstante, el embarazo a menudo supone la reactivación de conflictos primarios con las propias madres (quienes, por la asignación estructural de roles, asumieron de forma generalizada los cuidados de las niñas que ahora esperan ser madres) (6) (7) (8). Al actualizarse las experiencias infantiles, pueden reaparecer vivencias relacionales traumáticas que las embarazadas tuvieron con sus primeras figuras de cuidado –en nuestro contexto, las propias madres–, contribuyendo al empeoramiento afectivo de las gestantes y pudiendo repercutir en la vinculación con sus bebés. Este fenómeno podría contribuir a la asociación demostrada entre el estilo de apego adulto en las madres y el tipo de vinculación madre-bebé que establecen (9).

El retorno de aquellas primeras experiencias, observadas desde una posición adulta y ante una maternidad inminente, de forma descontextualizada e individualizada, pueden ser vividas con un amplio abanico emocional, que a menudo comprende estados afectivos desagradables, como son la tristeza, la rabia, el enfado, el dolor, la añoranza, o la culpa, propiciando la aparición de juicios negativos de valor hacia las madres de estas nuevas madres (10). Además del malestar emocional, que puede manifestarse en forma de cuadros ansiosos o depresivos, esta reactivación puede afectar negativamente a su percepción de capacidad respecto a la maternidad, así como a sus relaciones actuales con sus madres, pudiendo suponer, incluso, la pérdida de su apoyo en un momento en el que la red social de sostén de la mujer resulta especialmente relevante (11). La transmisión intergeneracional del apego hace referencia al fenómeno por el cual las personas tienden a cuidar a sus bebés tal y como ellas fueron cuidadas (12). La evidencia científica actual respecto a los beneficios de la instauración de vínculos saludables entre las niñas y niños y sus figuras de cuidados, y de la repercusión que la salud mental materna puede tener en el establecimiento de dichos vínculos, es abrumadora (13) (14). Existen, también, numerosas investigaciones sobre la influencia que las experiencias vividas en torno al propio nacimiento tienen en las respuestas emocionales y conductuales que presentarán las madres en el nacimiento de sus hijas e hijos (15). Por tanto, la atención a la salud mental de las mujeres en la etapa perinatal, además de aliviar sufrimientos y prevenir posibles complicaciones, podría favorecer una

mejor salud de sus hijas e hijos a largo plazo, e, incluso, mejorar la salud a nivel poblacional y a una escala transgeneracional (16).

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es dar voz a las experiencias de las mujeres embarazadas respecto al fenómeno de la transparencia psíquica (y su posible papel de traductor de desigualdad social percibida y vivida en la crianza) desde la práctica clínica realizada en una consulta específica de salud mental perinatal del sistema público de salud, en el Madrid postpandemia, comprendiendo los años 2021 a 2023.

Se expone y analiza el modo por medio del cual las madres de las madres se hacen presentes en la vida psíquica del embarazo, planteando como hipótesis el nacimiento y la crianza dentro de un modelo patriarcal, donde la carga de los cuidados recayó en mujeres con tareas dobles, productivas y reproductivas, y las recomendaciones sobre maternidad partían de la autoridad médica. Así, en la génesis de muchos de los estados emocionales depresivos de las mujeres embarazadas, entre otras vías, podría participar la reexperimentación de los primeros traumas relacionales, mediada por la sensibilidad propia de la transparencia psíquica. Se pretende mostrar cómo el trabajo de expresión y validación emocional, con resignificación contextual, puede ayudar a las madres a integrar vivencias traumáticas vividas con sus propias madres, resolviendo conflictos con ellas y participando en la generación de estados emocionales más positivos y de seguridad frente a la vinculación con sus criaturas.

METODOLOGÍA

Se realiza análisis descriptivo de los discursos de mujeres atendidas en la consulta de Psiquiatría englobada dentro de un programa de atención a la Salud Mental Perinatal, respecto a sus madres y sus propias historias de cuidados, desde una perspectiva narrativa y tomando como referencia la teoría del trauma y del apego.

La muestra analizada se corresponde con las mujeres embarazadas atendidas dentro del programa de interconsulta de Salud Mental Perinatal del Hospital Universitario Puerta de Hierro, que recibe a mujeres derivadas desde las consultas de seguimiento del embarazo de Obstetricia en las cuales se detecta algún problema de salud mental relativo a su gestación. Se considera criterio de exclusión encontrarse en seguimiento activo en la red de salud mental.

DESARROLLO

La atención a la salud mental de las mujeres que están embarazadas exige, ya desde su propia presencia física (en la cual alberga a su criatura), leer sus malestares dentro de un contexto relacional y ecosistémico. Con la mujer embarazada no sólo entra una paciente en la consulta: entra su bebé (el fantaseado, en el que proyecta sus ilusiones y sus miedos, y el real, al que todavía no conoce), entra su madre (la actual, con la que podrá tener una relación más o menos cercana, y la de su infancia, que puede estar siendo revivida, por ejemplo, como hostil, punitiva, abandonica, angustiante o sobreprotectora). Entra su pareja (si la hay), con su relación actual y las incertidumbres respecto a su próximo rol paternal; entra su padre (aunque a menudo, permanece en una posición periférica, como se ha mantenido afectivamente a lo largo de toda su vida); entran abuelos y abuelas, hermanas y hermanos, primos y primas, amistades, las historias de otras mujeres cercanas que han sido madres. Por supuesto, también entra (o más bien, arrampla), el mercado laboral, dispuesto a penalizarlas doblemente, además de como mujeres, como madres; las jornadas maratonianas en el trabajo y en casa; el freno a su carrera laboral; desatando, todo ello, emociones intensas de injusticia, impotencia, rabia y enfado. Entran el estatus económico, la precariedad, la disgregación de redes sociales, la falta de apoyo real, e, incluso, las últimas noticias de la prensa nacional e internacional (la pandemia de Covid-19, la guerra en Ucrania, la inflación económica). En definitiva, resulta imposible atender a una mujer embarazada sin atender a sus relaciones y sus contextos. Pero, si se centra la expresión del malestar en los aspectos microsistémicos, hay tres elementos que aparecen recurrentemente en sus discursos: ellas (como mujeres

que van a ser madres, o ya lo son, o ya se lo sienten, o temen no llegar a serlo, o no serlo lo suficientemente bien), la criatura que esperan y la madre que tuvieron. Durante el embarazo (especialmente, si es el primero, por la importante transición de rol social que supone el paso de no-madre a madre), se producen complejos mecanismos continuos de identificaciones y proyecciones respecto del bebé fantaseado, y a veces percibido (por medio de los movimientos fetales), y la madre recordada de la infancia, reexperimentada debido al fenómeno de transparencia psíquica.

En sus discursos, emergen, a retazos, aquellas figuras que, ante los ojos infantiles, resultaban omnipotentes, pero que ya no lo son. Esas trazas de memoria, pedazos de experiencias vividas muchos años atrás, son revisadas ahora no desde la veneración infantil, sino desde la perspectiva crítica de una persona adulta que se siente capacitada para juzgar hechos y actuaciones que una vez fueron incuestionables. Así lo relata M., una mujer de 33 años atendida por inicio de síntomas depresivos en el embarazo: *“Para mí, mi madre era perfecta y maravillosa, a mí me parecía guapa y cariñosa y que siempre tenía la razón en todo. Recuerdo que había días que volvíamos del colegio y ella se metía en la cama, decía que estaba muy cansada y que cogiera yo la merienda, y a mí me parecía normal. Ahora lo pienso y me enfurece: creo que es horrible que dejara a una niña de cuatro años sola tarde tras tarde. A mí jamás se me ocurriría tratar así a mi hija. Desde que me fui de su casa, hace unos años, nuestra relación ya estaba muy distanciada, pero ahora me siento tan enfadada con ella que hasta le he pedido que por favor no venga al hospital a conocer a mi hija cuando nazca.”*

Cabe destacar que las madres que traen las mujeres a nuestras consultas no son, casi nunca, las madres actuales; ni siquiera, las madres reales que fueron. En su mayor parte, las mujeres que están gestando y pariendo en nuestro país en este momento se sitúan en edades comprendidas entre los 25 y los 45 años, siendo la edad media materna para el primer hijo de 32 años, y para cualquier hijo, de 33 años, según los datos del Instituto Nacional de Salud (17). Esto significa que las experiencias infantiles que rememoran las mujeres embarazadas en estos “infelices años veinte”, actualizan el contexto histórico, cultural y social en el que maternaron las mujeres españolas en los años 80 y

90, y en el que ellas fueron criadas. Aquel momento histórico respondía a unas consignas diferentes al nuestro que, lógicamente, tuvieron repercusión en las decisiones de crianza, las cuales (como la mayoría de las decisiones vitales) no son un mero fruto de una elección individual, sino que se ven altamente influenciadas por el contexto. En los años 80, la incorporación de la mujer a los espacios públicos, productivos y de educación superior en España fue masiva; sin embargo, el camino inverso (el de la corresponsabilidad del hombre en los cuidados y en lo doméstico) ni siquiera había comenzado a recorrerse. El peso fundamental de la crianza recaía en las mujeres. Mujeres que, en muchos casos, eran la primera generación de su familia que podían acceder a la universidad u optar a una proyección profesional, y que no estaban dispuestas a renunciar a ello. J., una mujer embarazada, de 34 años de edad, en seguimiento por depresión, relataba así su propia historia de cuidados: *“(Mi madre) se quedó embarazada de mí a los 19 años, de un novio que luego la dejó y se desentendió de mí, para mí esa persona no es mi padre. (...) Mi madre dice que siempre tuvo claro que iba a tenerme, pero también tenía muy claro que no iba a dejar su carrera. Me tuvo en 3º, y me llevaba en cochechito a las clases. Por las tardes, mi abuela me sacaba de paseo y me daba el biberón para que ella pudiera estudiar. Le dieron el Premio Fin de Carrera, tuvo unas notas espectaculares, a pesar de mí. Igualita que yo (dice con sarcasmo y un poco de tristeza), que estoy de baja y ni siquiera soy capaz de levantarme de la cama con este embarazo mío”*. En algunos casos, es posible que, en las mujeres que fueron madres en aquel momento histórico, se produjera una reacción de oposición frente al rol tradicional de maternidad abnegada que habían presenciado en sus propias madres. Contaba L. una mujer embarazada de su tercer hijo, que consulta por ansiedad, al hablar de su madre: *“ella siempre temió que su vida se viera lastrada por tener hijos, como le había pasado a su propia madre. Mi abuela tuvo seis hijos y crio a cinco; mi madre me contaba que la recordaba siempre atareada con las labores de casa, siempre cansada, siempre abrumada. Por eso ella le dijo a mi padre que sólo me tendrían a mí: quería tener una vida propia.”* La respuesta pendular, propia de todo desarrollo histórico, parece concretarse, también, en la biografía de L, cuando añade: *“Mi madre desaprueba mi decisión*

de tener varios hijos. Un día me dijo que era una lástima haberme pagado tantos veranos en el extranjero para que al final me dedique a cambiar pañales”.

Muchas de las prácticas de crianza y maternales extendidas en la España de la segunda mitad del siglo XX (la desincentivación de la lactancia materna, los entrenamientos de sueño en bebés muy pequeños, el tabú respecto a tener a los bebés en brazos...) trataban de promover una autonomía precoz de los bebés, precisamente, para permitir a sus madres, cuidadoras únicas, continuar con su vida productiva. Al hablar de sus infancias, son muchas las mujeres que expresan sentimientos de tristeza o rabia hacia sus madres, y también hacia sus padres, por haber llevado a cabo alguna de esas prácticas con ellas. *“Cuando yo era pequeña, recuerdo estar muerta de miedo en mi cama, en mi habitación, con la puerta cerrada, y sin atreverme casi a respirar, porque mi madre me había dicho que los monstruos vendrías a buscarme si se daban cuenta de que yo no estaba dormida. Yo ahí tendría tres años; cuatro, como mucho, pero creo que eso de meterme sola en un cuarto mis padres lo hacían desde que yo era bebé. Yo tengo muy claro que a mi hijo no voy a someterlo a eso”*, explicaba una mujer embarazada. Otra refería *“yo le saco siete años a mi hermana y recuerdo perfectamente a mi madre diciendo que una bebé de dos meses ya era muy mayor para estar todo el día en brazos... la dejaba en la cuna hasta que finalmente se callaba”*. La rabia y el enfado de las mujeres en estas situaciones no sólo surge respecto a la descalificación en su nuevo rol maternal; sino, posiblemente, desde su posición de hijas, al conectar con las bebés que fueron una vez.

La validación de aquellas prácticas, ampliamente extendidas, procedía de las instituciones sanitarias, que, desde la revolución del conocimiento científico, habían sido designadas como las depositarias de la autoridad en materia de maternidad y crianza. Los mensajes ofrecidos desde la institución sanitaria (ginecólogos y pediatras) eran contundentes: *“Mi madre me contó que decidió no darme el pecho en parte porque su ginecólogo le dijo que la leche de fórmula era mejor”*, refiere una paciente, S. embarazada por inseminación de donante anónimo; *“ella me acompañó a un clase de preparación al parto en la que hablaban de la lactancia y yo noté que se quedó un poco tocada cuando la matrona explicó con el muñeco el diferente contacto físico que se tenía dando el*

pecho que con el biberón; me dijo después con pena que a ella, en sus tiempos no le explicaron nada". El tema de la lactancia parece ser especialmente sensible en las relaciones madre-hija. *"Mi madre crítica que siguiera dando el pecho a mi hijo de dos años"*, vuelve a decir L.; *"dice que no entiende eso de darle la teta cuando ya tiene dientes, que me tiene esclavizada... De hecho, no le he contado que aún le doy el pecho estando embarazada, porque sé que me criticaría y pondría el grito en el cielo"*. A. relata en la consulta que, cuando le expuso a su madre las recomendaciones actuales de dar el pecho a demanda al bebé, le había respondido que eso era *"una soberana tontería, cuando todo el mundo sabe que los bebés son perfectamente capaces de comer cada tres horas"*, y que debía esforzarse en educar en horarios a su hijo desde bebé si no quería tener más adelante problemas de disciplina. Una embarazada, atendida por sintomatología obsesiva, explicaba que ella había decidido no dar lactancia materna por elección propia, situación que ella sentía que había generado juicios negativos en su entorno, habiendo encontrado, sin embargo, apoyo en su madre, que sí le había dado el pecho a ella, pero que le había transmitido que *"su generación fue alimentada con biberón y tan mal no había salido"*. Por su parte, R., una mujer que presentaba ansiedad en su embarazo (muy buscado y logrado, al fin, por reproducción asistida), expresaba su miedo: *"Yo quiero dar el pecho porque sé que es lo mejor para mi bebé; pero, ¿y si no soy capaz? A lo mejor mis pechos no funcionan... Mi madre no puedo darme el pecho porque se le secó la leche, ¿y si me sucede lo mismo?"* Este miedo (el de "no ser capaz de dar el pecho") es un temor muy extendido entre las mujeres embarazadas, y puede leerse como el resultado de una cultura que fomenta la desconfianza de las mujeres en su propio cuerpo y en su fisiología.

La complejidad de la relación madre-hija: de la confrontación a la mediación

Si bien la reflexión consciente de la propia infancia ha demostrado frenar la transmisión intergeneracional del trauma y de los patrones inseguros de vinculación, colocar el juicio en las propias madres, sin contextualizar la sobrecarga social y de género que se ejercía sobre ellas, podría contribuir al conflicto y acrecentar el malestar. En la mayor parte de los casos, la biografía particular y las experiencias interpersonales de la relación madre-hija se

encuentran permeadas por las circunstancias y el escenario en las cuales se desarrollaron (18). Los discursos de las mujeres embarazadas a menudo presentan el vacío del padre, de forma que, frente a su ausencia (física o emocional), la mayor parte de la tarea de figura de apego fue desarrollada por la madre; convirtiéndose en protagonista única de los recuerdos gratificantes, pero también de los dolorosos y frustrantes dentro de las experiencias de cuidado.

Al emerger durante el embarazo, estas experiencias frustrantes o traumáticas vividas en la infancia, que en muchas ocasiones no habían sido reconocidas ni nombradas con anterioridad, pueden suscitar emociones negativas y juicios de valor frente a las propias madres, contribuyendo a la aparición de síntomas afectivos y generando en ocasiones una confrontación e, incluso, rechazo a la madre actual. Es el caso de M., una mujer de 38 años, primigesta, sin antecedentes en salud mental, derivada por episodio depresivo moderado-grave de inicio abrupto en el segundo trimestre de gestación. La mujer verbaliza miedo intenso a convertirse en madre, pese a que se trata de un embarazo muy buscado, refiere *“siento que todo esto ha sido un error, yo no puedo encargarme de un bebé, voy a ser una madre horrorosa... yo no entiendo a los bebés, no sé cuándo lloran porque tienen hambre o cuándo es sólo capricho, no entiendo por qué he tenido que meterme en esto...”*. Al explorar su propia historia de concepción y nacimiento, la paciente refiere que ella nació diez meses después del fallecimiento de su hermana mayor, de sólo ocho semanas de edad, por muerte súbita, situación que sumió a su madre en una profunda depresión que limitó su capacidad para cuidarla en los primeros meses de vida, delegando los cuidados en su abuela. Explica que su madre no le reveló la existencia de dicha hermana hasta muchos años después, cuando ella era ya adulta. En los momentos previos al embarazo, su relación con su madre era distante, aunque cordial, *“pero ahora me siento profundamente enfadada con ella, y no sé ni por qué, pero le he retirado la palabra”*.

En algunas ocasiones, estas reexperimentaciones traumáticas se ven reforzadas por experiencias actuales con las propias madres. S. relataba cómo había sido para ella sentir que no podía contar con el apoyo de su madre en la crianza de sus hijos: *“cuando me volví del extranjero para tener a mi primer hijo, esperando que mi madre me ayudara, después de todo lo que yo la había*

apoyado en el divorcio de mi padre, y me encontré con que a ella sólo le importaba su nueva relación con el que ahora es su marido, me sentí traicionada. Yo criando a mis hijos y ella viviendo la vida adolescente, sin importarle cómo me encontraba". C. también explica cómo los comentarios críticos de su madre hacia su físico actual, después de haber dado a luz, le hacen sentirse juzgada: *"me dice que se me han puesto piernas de gorda...me entra la culpa y escondo los restos de la comida que me he tomado"*.

A nivel terapéutico, trabajar con las mujeres con las experiencias relacionales traumáticas de infancia resurgidas durante el embarazo, ponerles nombre y darles voz, puede resultar reparador (19). Permite mirar con compasión a las niñas y niños que fueron –que fuimos–criadas en unas circunstancias y unos contextos determinados, entender a las mujeres que fueron madres en aquel momento y abrir nuevas oportunidades de cambio de cara a la crianza de las propias hijas e hijos, comprendiendo que las generaciones venideras, probablemente, también realizarán multitud de cuestionamientos sobre los cuidados que estamos ofreciendo en los tiempos actuales.

Desde una perspectiva feminista, la reactivación de conflictos primarios con la madre puede entenderse, también, como una oportunidad para la mediación femenina y el encuentro entre mujeres, que puede ocurrir en entornos de salud (20). En sus prácticas de encuentro, las mujeres feministas a menudo tratan de generar espacios de mediación en los que compartir experiencias para reconocerse y legitimarse mutuamente (21). Algunas autoras defienden que, para que este encuentro se pueda producir, es necesario un primer encuentro con la primera mujer en la vida de cada mujer; es decir, con la propia madre (22). Promover una visión con perspectiva de género de las experiencias vividas en la relación interpersonal entre dos mujeres que, además, son madre e hija, permite abrir el foco desde lo individual hacia un escenario más amplio, estructuralmente definido bajo las reglas patriarcales, y nombrar dinámicas que, de otro modo, quedarían invisibilizadas. Así lo explican algunas mujeres tras haber podido hablar de sus propias experiencias infantiles con sus madres, pero, también, desde su perspectiva de mujeres adultas: *"Mi madre me tuvo con 20 años, yo ahora tengo 34 y no me imagino cómo habría sido de difícil para mí pasar por todo esto del embarazo y la maternidad con esa edad. Pienso en cómo era yo a*

los 20 años y me admira lo madura que fue ella.”. Dice G., al hablar de su relación con su madre: “Mi madre era una víctima de violencia de género clarísima, pero en aquella época no se hablaba de esas cosas. Yo la odiaba por no defenderse, por dejar que mi padre la insultara, por no hacer nada para que aquel infierno terminara. Ahora lo veo de otro modo. Me sigue doliendo mucho haber crecido así, pero ya no la culpo. Me gustaría que formara parte de la vida de mi hija.”

La mayoría de las mujeres son capaces de recuperar las trazas de ese amor primero que sus figuras de cuidado les dieron lo mejor que pudieron o supieron. *“Mi madre fue muy dura conmigo. Pero sé que lo hizo lo mejor que sabía. Últimamente hemos hablado mucho de eso, ella dice que siente mucha pena de que yo tenga ese recuerdo de ella como madre. También hubo cosas buenas. Yo se las he dicho, y eso nos ha puesto a las dos mejor.”* La maternidad reciente puede suponer un lugar de encuentro y reconexión para muchas hijas adultas con sus figuras maternas, y la perspectiva feminista puede ayudar a generar espacios de comprensión y perdón (23). En definitiva, las intervenciones terapéuticas dirigidas a resolver los conflictos de las madres con sus propias madres pueden generar oportunidades el cambio y la sanación de heridas muy dolorosas que, de otro modo, corren el riesgo de transmitir a sus criaturas, en una cadena transgeneracional del trauma (24).

CONCLUSIONES

Además del papel preventivo hacia la salud de los bebés, las intervenciones en la etapa perinatal tienen un enorme potencial terapéutico para las madres; puesto que la emergencia de traumas y conflictos de la primera infancia, aunque dolorosa, ofrece posibilidades insospechadas de procesamiento y sanación (25).

Es posible que, en los modos y las elecciones de la maternidad actual, se esté produciendo un proceso pendular reactivo a las prácticas de crianza que adoptaron las madres de las madres actuales, en relación a su contexto social específico; pero esta reflexión sobre la historia propia de cuidados y la toma de conciencia de cara a las generaciones venideras corre el riesgo de generar un

juicio implacable hacia las mujeres que, en un momento histórico determinado, tomaron sus decisiones en función de sus posibilidades. Se trata de atender los malestares de las mujeres embarazadas y de las niñas que fueron; pero, también, los de las madres que tuvieron, y los de las hijas e hijos que tendrán, explorando narrativas que permitan hablar del dolor y de la gratificación, del buen trato, de los cuidados recibidos y de los que faltaron, buscando construir hacia el futuro.

Escuchar, atender, reflexionar y contemplar a las madres que estas madres tuvieron –y que ahora nos traen, a pedazos, a la consulta– desde una posición de comprensión y no juicio, pero dejando un espacio abierto para el cuestionamiento, el señalamiento de aquellos aspectos que fueron dolorosos, la validación de los positivos, puede resultar muy sanador para las mujeres, además de favorecer su propia sensación de capacidad frente a la incipiente maternidad. Entender a las propias madres dentro de sus contextos, utilizando una perspectiva de género, ayuda en la resolución de conflictos primarios, mejorando los estados afectivos negativos durante el embarazo y favoreciendo la entrada en una maternidad consciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. Ibone Olza, Patricia Fernández Lorenzo, Ana González Uriarte, Francisco Herrero Azorín, Susanna Carmona Cañabate, Alfonso Gil Sanchez, Esperanza Amado Gómez, María Emilia Dip. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2021; 41(139): 23-35 doi: 10.4321/S0211-57352021000100003
- (2) Fuentes, F. (2017). El cambio de conceptos y teorías en el conocimiento científico y ordinario. Revista Educación y Humanismo, 19(33): 253-270. <http://dx.doi.org/10.17081/eduhum.19.33.2643>
- (3) Lenhart SH. Gender discrimination: a health and career development problem for women physicians. J Am Med Women Assoc 1993;48:155-9.
- (4) Bydlowsky. M. (2007). La Deuda de Vida. Itinerario Psicoanalítico de la Maternidad.

- (5) Grimalt O, L. Heresi M.E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista chilena de pediatría*, 83(3), 239-246. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000300005>
- (6) Garon-Bissonnette J, Bolduc MG, Lemieux R, Berthelot N. Cumulative childhood trauma and complex psychiatric symptoms in pregnant women and expecting men. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Jan 4;22(1):10. doi: 10.1186/s12884-021-04327-x. PMID: 34983417; PMCID: PMC8725451.
- (7) Fox NA, Kimmerly NL, Schafer WD. Attachment to mother/attachment to father: a meta-analysis. *Child Dev*. 1991 Feb;62(1):210-25. PMID: 1827064.
- (8) An D, Kochanska G. Mothers' and fathers' attachment styles and power-assertive control: Indirect associations through parental representations. *J Fam Psychol*. 2022 Sep;36(6):975-985. doi: 10.1037/fam0000930. Epub 2021 Oct 25. PMID: 34694837; PMCID: PMC9842511.
- (9) Nordahl D, Rognmo K, Bohne A, Landsem IP, Moe V, Wang CEA, Høifødt RS. Adult attachment style and maternal-infant bonding: the indirect path of parenting stress. *BMC Psychol*. 2020 Jun 8;8(1):58. doi: 10.1186/s40359-020-00424-2. PMID: 32513300; PMCID: PMC7278048.
- (10) Lac A, Luk JW. Development and validation of the Adult Interpersonal Acceptance-Rejection Scale: Measuring mother, best friend, and romantic partner acceptance. *Psychol Assess*. 2019 Mar;31(3):340-351. doi: 10.1037/pas0000669. Epub 2018 Dec 6. PMID: 30520655; PMCID: PMC6389402.
- (11) Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Muzik M. Prenatal Attachment, Parental Confidence, and Mental Health in Expecting Parents: The Role of Childhood Trauma. *J Midwifery Womens Health*. 2020 Jan;65(1):85-95. doi: 10.1111/jmwh.13034. Epub 2019 Sep 30. PMID: 31566890.
- (12) Narayan AJ, Lieberman AF, Masten AS. Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clin Psychol Rev*. 2021 Apr;85:101997. doi: 10.1016/j.cpr.2021.101997. Epub 2021 Feb 28. PMID: 33689982.
- (13) Tohme P, Abi-Habib R. Correlates of work productivity and maternal competence after having a baby: the roles of mother-infant bonding and

- maternal subjective experiences. *BMC Womens Health*. 2022 Sep 27;22(1):392. doi: 10.1186/s12905-022-01958-w. PMID: 36167585; PMCID: PMC9514882.
- (14) Phua DY, Kee MZL, Meaney MJ. Positive Maternal Mental Health, Parenting, and Child Development. *Biol Psychiatry*. 2020 Feb 15;87(4):328-337. doi: 10.1016/j.biopsych.2019.09.028. Epub 2019 Oct 16. PMID: 31839213.
- (15) Leinweber J, Fontein-Kuipers Y, Thomson G, et al. Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper [published online ahead of print, 2022 Apr 11]. *Birth*. 2022;10.1111/birt.12634. doi:10.1111/birt.12634
- (16) Golmakani N, Rahmati R, Shaghaghi F, Safinejad H, Kamali Z, Mohebbi-Dehnavi Z. Investigating the relationship between social support and self-compassion by improving the adequacy of prenatal care. *J Educ Health Promot*. 2020 Dec 29;9:340. doi: 10.4103/jehp.jehp_308_20. PMID: 33575376; PMCID: PMC7871918.
- (17) Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. Indicadores de Natalidad y Fecundidad 2022. [Consultado 27 Mar 2022] Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p278/p01/2018-2068/idb/l0/&file=01004.px>
- (18) Gaml-Sørensen A, Brix N, Ernst A, Lunddorf LLH, Ramlau-Hansen CH. Father Absence in Pregnancy or During Childhood and Pubertal Development in Girls and Boys: A Population-Based Cohort Study. *Child Dev*. 2021 Jul;92(4):1494-1508. doi: 10.1111/cdev.13488. Epub 2021 Jan 5. PMID: 33400273.
- (19) Seng J, Group C. From Fight or Flight, Freeze or Faint, to "Flow": Identifying a Concept to Express a Positive Embodied Outcome of Trauma Recovery. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2019 May/Jun;25(3):200-207. doi: 10.1177/1078390318778890. Epub 2018 Jun 8. PMID: 29882465.
- (20) Shai A, Koffler S, Hashiloni-Dolev Y. Feminism, gender medicine and beyond: a feminist analysis of "gender medicine". *Int J Equity Health*. 2021 Aug 3;20(1):177. doi: 10.1186/s12939-021-01511-5. PMID: 34344374; PMCID: PMC8330093.

- (21) Blanco Falero, Rosana. Entre madres e hijas: discusiones feministas sobre el legado. MILLCAYAC - Revista Digital de Ciencias Sociales / Vol. VI / N° 10 / marzo - agosto 2019.
- (22) Bochetti, Alessandra (1986). Queridas mujeres del PCI. En Larrauri, Maite (Ed.) (1999) Lo que quiere una mujer. Historia, política, teoría. Escritos (1981, 1995). (pp.100-104). Madrid: Ediciones Cátedra. Universitat de Valencia. Instituto de la Mujer.
- (23) McKay KM, Hill MS, Freedman SR, Enright RD. Towards a feminist empowerment model of forgiveness psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*. 2007 Mar;44(1):14-29. doi: 10.1037/0033-3204.44.1.14. PMID: 22122165.
- (24) Smrtnik Vitulić H, Gosar D, Prosen S. Attachment and family functioning across three generations. *Family process*- [Internet] 2022. [Consultado 17 Jun 2022] Accesible en: <https://doi.org/10.1111/famp.12787>
- (25) Mumford EA, Copp J, MacLean K. Childhood Adversity, Emotional Well-Being, Loneliness, and Optimism: a National Study. *Advers Resil Sci* [Internet]. 2022 [citado 24 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s42844-022-00084-8>

COMUNICACIÓN



Autora:

Belén Valenzuela Requena - Instituto de Ciencia de Materiales de Madrid CSIC

INTRODUCCIÓN

La ansiedad y la depresión están aumentando exponencialmente en especial entre la gente joven. Además, España encabeza la lista en consumo de ansiolíticos y el consumo de antidepresivos ha subido con el peligro que supone en problemas de adicción. Ante esta situación tan crítica, además de nuevas aproximaciones en psicología se ha visto una proliferación de terapias emergentes como alternativa a medicamentos. Esto puede ser una opción deseable o puede dar lugar a más confusión dependiendo del impacto de las terapias en el paciente, de lo confiable de las terapias y de que se puedan permitir económicamente.

El problema es muy complejo y psiquiatras y psicólogos están haciendo un esfuerzo enorme como comunidad para abordarlo desde muchas perspectivas. Un posible punto de vista que queremos enfatizar en este trabajo sería poder mostrar la información esencial, actualizada y precisa de forma sencilla para haya una comunicación más significativa entre paciente y personal clínico y tener una comprensión global de qué es lo que puede funcionar y que no y por qué. Importante, puede ser también saber qué es lo que no se sabe.

Desde la fenomenología filosófica y las ciencias cognitivas se han hecho avances en la comprensión de la ansiedad y la depresión y se está proponiendo que las emociones se pueden aprender inconscientemente por el organismo formando un patrón que permanece en un estado de alerta-protección. (1,2,3)

Esta comprensión abre la puerta a una posible solución, si la depresión y la ansiedad se pueden aprender inconscientemente quizás se puedan desaprender conscientemente, al menos parcialmente, de tal modo que permita conectarse con la vida lo más posible al paciente.

En lo que viene vamos a detallar que significa que el organismo aprende la ansiedad y la depresión. Desde el punto de vista fisiológico, entendemos organismo el sistema formado por nuestro cerebro, sistema nervioso, endocrino, inmune e incluso la microbiota que está involucrado en la homeóstasis y la alostasis.(2,4,5) Desde el punto de vista cognitivo el organismo ha aprendido a lo largo de la vida un patrón formado por nuestras creencias, expectativas,

emociones y hábitos no conscientes.(1,2,6,7) El patrón da sentido a lo que percibe, predice lo que va a ocurrir y determina de forma automática nuestra actuación y así la forma de relacionarnos con nosotros mismos, con los demás y con el mundo con el objetivo de sobrevivir o vivir según el contexto ambiental y social. Existe la propuesta de que este patrón está hecho para ahorrarnos tiempo y energía a la hora de sobrevivir. (1) Por supuesto, este patrón está construido sobre nuestra base genética.

El organismo nos manda sensaciones a la consciencia a través del sentido interoceptivo, para informarnos de sus necesidades como por ejemplo la sensación de hambre.(2) Según el contexto y las prioridades conscientemente se decidirá si comer en ese momento o no. Existen sensaciones que pueden convertirse en síntomas al hacerse persistentes en un estado de alerta y protección: taquicardia, mandíbula tensa, piernas inquietas, molestias del sistema digestivo, tensión en los músculos, sequedad, colon irritable, fatiga, desgana, trastornos de sueño, de alimentación... Al percibir estos síntomas de forma automática aparece incertidumbre y la mente vagabundea en una indagación causal para valorar si ponerse en alerta y protegerse o confiar en que se puede buscar información para sentirse mejor.(3) La indagación causal se hace prioritaria por el organismo ya que tiene que ver con supervivencia y no deja que la persona se concentre en la tarea diaria. A esta indagación causal a veces se la llama semiconsciente y produce el síntoma de la niebla mental, distracciones etc en el que el paciente no puede concentrarse en lo que desea realizar.

En la sociedad occidental cada síntoma mencionado requiere un especialista distinto y esto puede dar lugar a una confusión aún mayor en la que crece la incertidumbre y el estado de alerta-protección se consolida aún más.(3) Se forma entonces un bucle biopsicosocial que incluye paciente y comunidad clínica por un problema de comunicación entre el paciente y el profesional donde los profesionales se frustran por no ayudar al paciente y el paciente se desespera por no poder entender su experiencia.(8) Por otro lado las pastillas tienen un uso limitado y su mal uso puede crear adicción creando un problema aún mayor. A los distintos profesionales o figuras de autoridad que son capaces de influenciar al paciente le llamaremos cultura experta(3).

El estado de alerta-protección ante un síntoma se puede entonces perpetuar formando intrincados bucles cognitivos, emocionales, atencionales, motores, motivacionales, conductuales y sociales. (3)

Si los síntomas en vez de ser vistos como una patología que hay que eliminar, se ven como información desbocada del sentido interoceptivo que desea ser atendida para construir sentido, la aproximación a la depresión y la ansiedad es diferente. (6,7,9)

El proceso se puede ver como un cambio de la percepción cognitiva-emocional de las sensaciones. (9,10) El cambio de percepción por tanto no es impuesto ni intelectual si no que es corporizado y pasa por una toma de consciencia del patrón(6,7), es decir, darse cuenta de esos bucles cognitivos, emocionales, atencionales, motores, motivacionales, conductuales y sociales. En este proceso el organismo se va dando cuenta de que no está en modo supervivencial aunque se sentirán muchas resistencias.(11,12) Es una tarea ardua y requiere por un lado una actitud activa del paciente y mucha confianza en el proceso y por otro lado mucha empatía para alimentar esa confianza y una información clara, precisa y actualizada por parte de la comunidad clínica. Se requiere también de una gran variedad de herramientas para tomar consciencia de los bucles de la forma más accesible al paciente. Eventualmente el paciente aprende a tomar otra opción para lidiar con la incertidumbre: la confianza en el organismo y la curiosidad por lo que nos quiere comunicar. Ese estado es el estado de confianza-exploración.

Como este escenario es muy complejo en este trabajo propongo un modelo de transición de fase para visualizar lo que he considerado más esencial de una forma sistemática. Los modelos de transición de fase se utilizan por ejemplo para entender la transición de fase del agua líquida a hielo al bajar la temperatura o como el hierro pasa a ser no magnético a magnético también al bajar la temperatura. Como mucho del problema que percibimos es de comunicación, quizás este modelo pueda servir como hilo conductor para comunicar una visión global del problema tanto a pacientes como a la comunidad experta.

OBJETIVOS

Modelizar el aprendizaje de la percepción de un síntoma de cada persona en su entorno ambiental y social como un modelo de transición de estado. Los síntomas están relacionados con los síntomas típicos de la depresión y la ansiedad. Analizar los distintos escenarios del modelo relacionados con el aprendizaje de la depresión y la ansiedad y su posible desaprendizaje. Proponer este modelo como herramienta de comunicación.

Resaltar la relevancia de la percepción cognitiva de las sensaciones, punto de partida en el modelo, y entender el desaprendizaje como un cambio en la percepción gracias a un cambio en el patrón. El cambio de patrón requiere una toma de conciencia de creencias, hábitos o expectativas limitantes con la situación presente.

Resaltar la relevancia de tomarse el espacio-tiempo de sentir en el cuerpo como mecanismo natural de autorregulación del organismo que permite la posibilidad de la salida de automatismos, bucles y bloqueos y la apertura a nuevas posibilidades de aprendizaje.

METODOLOGÍA

Para ilustrar el aprendizaje y desaprendizaje de la ansiedad y depresión tenemos que definir la percepción de la sensación interoceptiva. La sensación interoceptiva consta de tres variables, qualia que es el tipo de sensación, por ejemplo molestias digestivas, valencia, que puede ser positiva, negativa o neutra, en el caso de las molestias sería negativa, e intensidad que puede ser cero, baja y alta.(2) La sensación interoceptiva es una valoración emocional y cognitiva del organismo de forma inconsciente para comunicar algún aspecto del estado interno del organismo.(2)

Por percepción de sensación interoceptiva entendemos la valoración emocional y cognitiva de la sensación ahora de forma semiconsciente. La metacognición nos permitiría acceder a esta valoración semiconsciente si escucháramos los pensamientos que propone la mente conscientemente. El estado semiconsciente es lo que se denomina el modo por defecto de la mente.

Así, habría tres posibles valoraciones emocionales y cognitivas: la inconsciente del organismo en forma de interocepción, la semiconsciente en el modo por defecto de la mente y la consciente. Nosotros vamos a modelizar la semiconsciente y a esa percepción la llamamos ϕ . ϕ es lo que llamaremos parámetro de orden en la teoría.

Si $\phi = 0$ hay una percepción neutra, si $\phi \neq 0$ hay incertidumbre. $\phi < 0$ corresponde a un estado de alerta-protección-aislamiento y $\phi > 0$ corresponde a un estado de confianza-exploración-juego. Para acortar a los estados les llamaremos de alerta-protección y de confianza-exploración.

A continuación, definimos la función “que tenga sentido” como $-S$ como la función que da la mayor probabilidad de que una situación sea peligrosa para la vida o sea confiable y se puede explorar. En física esta función corresponde a la energía libre y sus mínimos dan cuenta de donde es más probable que se encuentre el sistema. Definimos $-S = V$ para explotar los paralelismos entre el presente problema y problemas en física ya que la siguiente fórmula también se utiliza para entender la transición magnética y diversas transiciones de fase:

$$-S = V = h_{ext}\phi + a\phi^2 + h_{int}\phi^3 + b\phi^4 \quad Ec. 1$$

En la Ec.1, h_{ext} es la cultura experta que tiene información privilegiada por su especialización del posible futuro del síntoma percibido y polariza la opinión de la persona. h_{int} representa la información histórica en forma de experiencias, hábitos, creencias y expectativas referidas al síntoma propias o ajenas. a tiene que ver con el contexto: $a = a_0(T - T_0)$ donde T es la información que viene de los sentidos externos y de la propiocepción y T_0 es de nuevo información de los sentidos cuando el entorno empieza a ser incierto o bien porque la situación es confusa o porque es contradictoria y hay incertidumbre. a_0 y b son parámetros de ajuste para mejor mostrar las posibles situaciones.

DESARROLLO

Imaginemos que tomamos $h_{ext} = h_{int} = 0$. La situación se representa en la Fig.1 y en la Fig. 2. Este caso puede mostrar el caso de un bebé que está

explorando el mundo. El sentido de la interocepción le va a guiar en que es neutro, que es agradable y que es desagradable. Si es agradable la percepción es también agradable y está en el estado de confianza y exploración que corresponde al mínimo de la derecha y si es desagradable o peligroso la percepción también lo es y corresponde al mínimo de la izquierda representando al estado de alerta-protección. Si $T > T_0$, es decir, la información de los sentidos da como información un entorno neutro, la función del sentido $-S = V$ de la Ec. 1 toma la forma representada en la Fig. 1 que corresponde a un estado neutro. La atención estaría en el mínimo de la curva donde la percepción de la señal interoceptiva recibida en la consciencia es neutra i.e. $\phi = 0$. La fig. 2 representa el caso en que $T < T_0$ y los sentidos informan de incertidumbre. En este caso el paisaje del sentido tiene dos mínimos a la misma altura. El mínimo de la izquierda corresponde a un estado de alerta-protección y el mínimo de la derecha a uno de confianza-exploración. La atención puede estar con la misma probabilidad en uno u otro y dependerá de cada situación. La atención también podría estar en el estado neutro que corresponde al máximo, pero es un estado inestable.

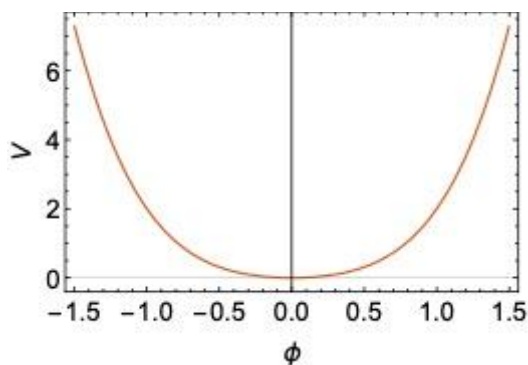


Figura 1

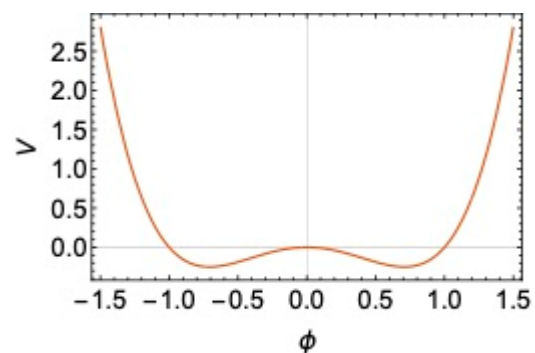


Figura 2

Ahora pongamos el caso en que el paciente tiene histórico respecto al síntoma formado por creencias, expectativas o hábitos propios o de gente cercana aprendidos incoscientemente, i.e. $h_{int} \neq 0$. Interesante, matemáticamente se resuelve que la temperatura crítica en la que aparece la incertidumbre cambia para ser $T_* = T_0 + h_{int}^2 / (4a_0b)$. Esto lo interpretamos como que en presencia del parámetro histórico lo que perciben los sentidos está influenciado por nuestras creencias. Resultado muy comprobado en estudios de ciencias cognitivas y parafraseado como “lo que crees, creas”. Para el caso de que $h_{int} > 0$ hay almacenada una mala experiencia propia o ajena asociada al síntoma y si $h_{int} < 0$ hay una experiencia propia o ajena en la que se le ha encontrado solución. Primero estudiamos el caso de $h_{int} > 0$. En la Fig. 3 mostramos el caso de entorno incierto $T < T_0$. Se observa que el mínimo que corresponde al estado de alerta protección es más profundo lo que significa que es más probable que la atención esté allí. Definimos la distancia entre los mínimos como una medida de la hipervigilancia. La hipervigilancia mide la amenaza con la que se interpreta la información para confirmar las propias creencias. Existe también probabilidad de que la atención esté en el estado de confianza-exploración y por eso a este caso le denominamos estado de mezcla. Esta situación da lugar a un bucle entre la percepción ϕ y la información que proviene de los sentidos T conocido como ciclo de histéresis en contextos de física y que simboliza los bucles mencionados en la introducción relacionados a como nos relacionamos con nuestro entorno: bucle cognitivo, atencional, motivacional, motor, conductual y social. Si T se encuentra en el rango $T_0 < T < T_*$ corresponde a la Fig.4 en la que solo es posible el estado de alerta-protección. Este estado es el correspondiente a depresión si no hay esperanza en recuperarse o ansiedad si hay pánico. Es un estado de catastrofismo. Curiosamente la información que viene de los sentidos es mayor en el estado de mezcla que en el estado de catastrofismo lo que interpretamos como que en el estado de catastrofismo el entorno simbolizado por T tiene menos peso para la persona que la propia historia simbolizado por h_{int} .

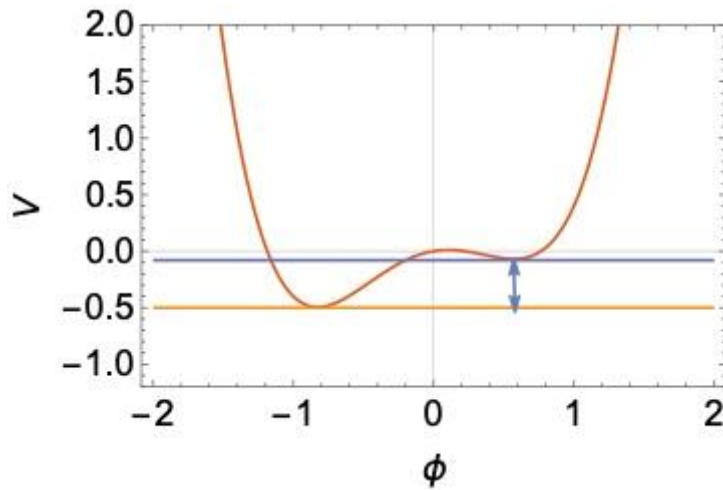


Figura 3

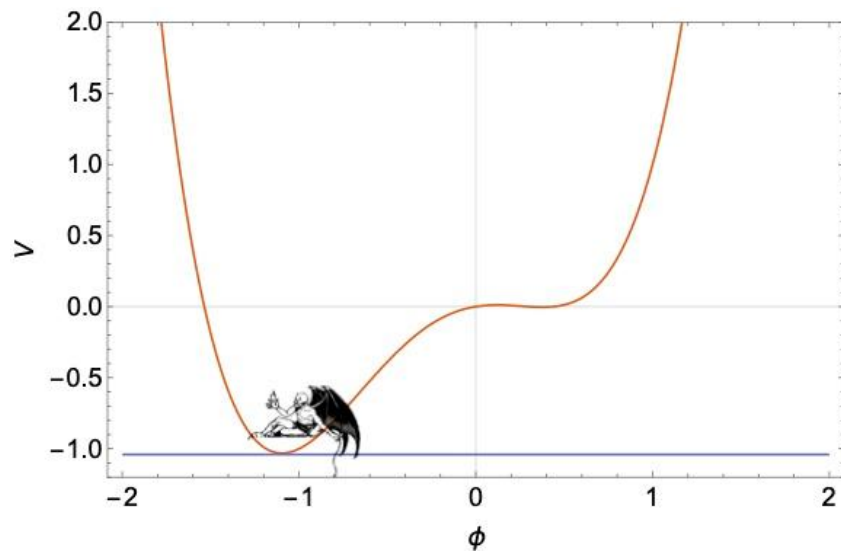


Figura 4

Estudiamos ahora el caso de $h_{int} < 0$ que corresponde a un aprendizaje previo de como remediar la sensación interoceptiva. En el estado mezcla correspondiente el mínimo estaría en el estado de confianza-exploración y la distancia entre los mínimos sería la curiosidad que toma a la incertidumbre como algo interesante a investigar con apertura a incorporar nuevo conocimiento y habilidades. El bucle entre la percepción ϕ y la información que proviene de los sentidos T que simboliza de nuevo los bucles cognitivos, atencionales, motivacionales, motores y conductuales tienen como cometido averiguar cómo

superar la situación. Si T se encuentra en el rango $T_0 < T < T_*$ solo es posible el estado de confianza-exploración. Interpretamos que este estado corresponde a la comunicación de lo averiguado. Es un estado de euforia. De nuevo aquí también tiene sentido que la información que viene del entorno simbolizado por T tiene menos peso que la propia historia simbolizado por h_{int} para la comunicación.

Por último, estudiemos el caso en el que también hay información de la comunidad experta que polariza la opinión del paciente i.e. $h_{ext} \neq 0$. El efecto de este parámetro es muy parecido al de h_{int} solo que es esperable que los valores de h_{ext} sean más pequeños ya que el paciente está sobretodo consigo mismo. Hay que tener en cuenta que h_{ext} se refiere al momento actual y de hecho puede haber experiencias de h_{ext} en h_{int} si se refieren al pasado. Por tanto, se pueden el caso anterior de mezcla. Lo que es muy interesante en este caso es el bucle que aparece entre la percepción ϕ y la información que proviene de la comunidad experta h_{ext} . Lo interpretamos como que la confusión y/o contradicción en la información de la comunidad experta da lugar a este bucle que retroalimenta los bucles mencionados anteriormente y es el bucle social el que puede consolidar los otros bucles. Otra observación interesante es que si el paciente ya tiene tendencia negativa representada por $h_{int} > 0$ y se produce información experta errónea o confusa en la que $h_{ext} > 0$, es más fácil alcanzar un estado de depresión o ansiedad.

CONCLUSIONES/RESULTADOS

Hemos construido un modelo para ilustrar el aprendizaje y desaprendizaje de la ansiedad y la depresión. El modelo se puede generalizar a más patologías mentales.

Además de describir diferentes situaciones plausibles en las que esta el estado de depresión y ansiedad el modelo da tres resultados interesantes: la percepción de los sentidos cambia cuando hay un histórico, aparece un bucle entre la percepción y la información de los sentidos y entre la percepción y la información de la cultura experta. Desde este modelo es entonces directo

entender como las creencias cambian lo que percibes y los bucles que aparecen tanto en un estado de alerta-protección por la hipervigilancia que te puede llevar a un estado de ansiedad y depresión cómo en un estado de confianza-exploración por la curiosidad que te puede llevar a un estado de comunicación.

Hacer un cambio de percepción no es fácil y a menudo tiene que ver con la sociedad en la que estás inmerso. Existe la creencia de que el que hace cosas está sano y el que está bloqueado está enfermo y sin embargo creemos que a menudo son los bucles psicosociales adaptativos aprendidos que no se adaptan a la realidad natural los que son patológicos. Existirán casos en que la realidad social en la que está insertado un individuo no tiene por qué ser la realidad a la que adaptarse si esa realidad social no tiene sentido para el individuo por ser dañina. Por ejemplo, si una persona tiene ansiedad y tiene un trabajo muy demandante lo ideal no es que se adapte al trabajo si no que crear un entorno de trabajo adecuado.

En el mundo que nos toca vivir es difícil hacer reglas estrictas para guiarnos porque es muy cambiante y hay mucha información. Guiarnos por nuestro instinto de en que se puede confiar y en que no es quizás una buena opción. Para eso el organismo tendría que estar regulado. Cosa que no ocurre en la ansiedad y en la depresión. Pero dado que se necesita un espacio-tiempo para salir de la situación enfatizo hay información muy relevante que proviene del propio cuerpo como sentido de interocepción.(6,7,9,10,11,12) La llave para acceder a esa información es abrir un espacio-tiempo para sentir las sensaciones en el cuerpo con curiosidad(2,6,7,10). Sentir las emociones en el cuerpo que surjan. Sentir las emociones agradables y desagradables nos dará la posibilidad de poder girar en otra dirección. Observar los pensamientos y cuestionar si hay que creérselos. Potenciar el sentido de la propiocepción explorando variabilidad en el movimiento. La variabilidad en el movimiento puede ayudar a soltar corazas o contracturas producidas por emociones. Y expresar de las formas más accesible al paciente para ir soltando y deshaciendo los bucles. Puede ser expresión corporal, escrita o hablada. La comunicación es aquí clave y técnicas como la escucha activa y comunicación no violenta son herramientas muy valiosas. En general es observar lo que hay y si lo que hay no parece tener que ver con la realidad explorar nuevas opciones con los sentidos o mindfulness (T),

con introspección que revisa el pasado (h_{int}) o eligiendo bien en quien confiar (h_{ext}). Curiosamente el cuerpo puede ser la guía para saber que se necesita y así ir regulando el organismo. El proceso se puede ver como la vida misma con autocuidado y cocuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ramstead, M.J.D.,...Friston, K.J. *On Bayesian Mechanics: A Physics of and by Beliefs*, arXiv:2205.11543 (2022).
- (2) Barrett, L.F. (2017) *How emotions are made: the secret life of the brain*, Mariner Books (2017).
- (3) Goicoechea, A. (2020). *Sapiens ma non troppo: Síntomas sin explicación médica*. Independently published.
- (4) Colombetti, G. & Zavala, E. (2019) *Are emotional states based in the brain? A critique of affective brainocentrism from a physiological perspective*. *Biology and Physiology* 34 (5), 45.
- (5) Sterling, P. (2020) *What is Health? Allostasis and the evolution of Human Design*, MIT Press.
- (6) Kaufman, L. (2015) *Apoderate de tu cuerpo*. Independently published.
- (7) Kaufman, L. (2022) *El puente a la consciencia*. Independently published.
- (8) García, E. and Arandia, I. R., (2022) *Enactive and simondonian reflections on mental disorders*. *Frontiers in Psychology* 13.
- (9) Damasio, A. (2021) *Feeling and knowing: making Minds Conscious*. Pantheon.
- (10) Castellanos, N. (2022) *Neurociencia del cuerpo*. Kairós.
- (11) Llinás, R. (2003) *El cerebro y el mito del yo*. El peregrino ediciones.
- (12) Van de Kolk, B. (2020) *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria SL.
- (13) Carmona, M. & Padilla, J. (2022) *Malestamos: Cuando estar mal es un problema colectivo*. Capitan Swing S.L.



ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES Y MUJERES JÓVENES: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

Lorena de Antonio Pastor. Enfermera Especialista Salud Mental
(EESM)

Introducción

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por tener una alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, que produce un deterioro físico y psicosocial. El estado de ánimo de una paciente con TCA es vulnerable. Son comunes los sentimientos de desamparo, de depresión, de ansiedad. Se destaca también el sentido de ineficacia y baja autoestima.

Objetivos

- Establecer un Plan de Cuidados Estandarizado mediante diagnósticos de enfermería (NANDA) dirigido a mujeres adolescentes y jóvenes
- Describir objetivos (NOC) con escalas para medir la consecución de los mismos
- Analizar intervenciones enfermeras (NIC)

Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la literatura actual disponible en bases de datos de ciencias de la salud, en inglés y en español. Se han consultado los diagnósticos NANDA más prevalentes, objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) más apropiadas

DIAGNÓSTICOS NANDA: Mantenimiento ineficaz de la salud, Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales, Procesos familiares disfuncionales.

OBJETIVOS (NOC): Conocimiento: manejo del peso, Autoestima, Manejo de los problemas de la familia.

INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la nutrición, Potenciación de la autoestima, Fomentar la implicación familiar, Terapia de grupo.

CONCLUSIONES

El papel de la EESM cobra especial relevancia en la recuperación nutricional y gestión emocional, así como en la intervención conjunta con la familia. Se hace hincapié en la importancia de la recuperación ponderal para asumir un tratamiento psicoterapéutico posterior.

Destacan como herramientas tanto el trabajo individual con la paciente (acompañamiento en comedor, psicoeducación, etc) como la terapia grupal cuando se encuentran en un estado nutricional óptimo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Jáuregui-Lobera I, Bolaños-Ríos P. (2012). *Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa*. Revista Médica de Chile, 140(1), 98-107. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100015&script=sci_arttext
2. Herdman H, Kamitsuru S. (2021). *NANDA Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023*. (12). Elsevier.
3. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. (2019). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): medición de resultados en salud*. (6 ed). Elsevier.
4. Butcher M, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. (2019). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. (7 ed). Elsevier

GRUPO DE MANEJO EFICAZ DE LA MEDICACIÓN EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

Lorena de Antonio Pastor. Enfermera Especialista en Salud Mental (EESM)

Introducción

El impacto del incumplimiento terapéutico en la evolución de los pacientes con trastorno mental grave (TMG) es muy importante ya que aumenta el riesgo de recaídas con ingresos hospitalarios más frecuentes, aumenta el riesgo de suicidio, incrementa los costes sanitarios, disminuye la calidad de vida.

Desarrollo

Se trabajan sesiones sobre **creencias** sobre medicación, manejo e identificación de **efectos secundarios**, conocimiento de los diferentes **grupos de fármacos**, y **estrategias** para conseguir los mejores resultados en la toma de medicación.

Se busca papel activo por parte de los integrantes. Se fomenta en todas las sesiones posibles debates y compartir experiencias previas.

Objetivos y Metodología

Se ha elaborado un grupo sobre manejo eficaz de la medicación con las siguientes características:

- 8 pacientes
- Sesiones 1h/semana

Criterios inclusión	Criterios exclusión
<ul style="list-style-type: none">❖ TMG❖ Voluntariedad	<ul style="list-style-type: none">❖ Absentismo❖ No manejo de castellano❖ Imposibilidad de entrenamiento en manejo medicación

Resultados y Conclusiones

La participación ha sido variable, aunque la mayoría de integrantes han mostrado un papel proactivo en las sesiones. Tras las mismas se ha observado:

- ✓ Mayor autonomía y adherencia farmacológica
- ✓ Mejoría en habilidades sociales y comunicar necesidades
- ✓ Refuerzo vínculo paciente-enfermera

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Eby L, Brown NJ. (2018). *Cuidados de enfermería en salud mental*. Pearson
- 2) Asociación Española de Enfermería de Salud Mental. (2020). *Manejo y recuperación de un problema de Salud Mental grave. Readaptación*. REESME..
- 3) Pinilla Alarcón, M., (2007). *Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: consideraciones desde el cuidado de enfermería*. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 9(1), 37-49.

VOLUNTADES ANTICIPADAS EN SALUD MENTAL

Belén Fernández Valero*, Esther Toro Carrasco*, Lucía Codes Abilleira**, Raquel Arranz García**
*EIR Salud Mental 2º año; **EIR Salud Mental 1º año

INTRODUCCIÓN

El documento de voluntades anticipadas (DVA) es una herramienta ética y jurídica para proteger a los pacientes ante decisiones clínicas indeseadas. Además, resulta un contexto idóneo para proyectar la autonomía. Ampliar el DVA a otros ámbitos, como la salud mental, no implica que se pueda recoger cualquier decisión. Los estudios empíricos que evalúan el contenido y la utilidad clínica del DVA, cuando lo realizan pacientes de salud mental, suelen estar más asociados a decisiones sobre tratamientos, modos de hospitalización, etc.



METODOLOGÍA

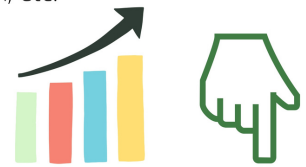
PubMed, Scielo

< 10 años

Español e inglés



OBJETIVOS



- Favorecer y poner en conocimiento el DVA-SM, a los profesionales implicados.
- Aumentar su uso, tanto en áreas de rehabilitación como de hospitalización.

DESARROLLO



REVISIÓN SISTEMÁTICA (2016): se objetivó que las preferencias tenidas en cuenta, en personas con sufrimiento psíquico cubren las siguientes áreas:

- Identificación de las situaciones en las que poder usar el documento.
- Personas con las que se desea contactar y con las que no (en situación transitoria de incapacidad en la toma de decisiones).
- Preferencias de tratamiento farmacológico y medidas terapéuticas, en relación a hábitos personales, profesionales responsables del tratamiento en UHB.

BENEFICIOS: favorecer proceso terapéutico y facilitar la labor del profesional. Empoderamiento del paciente a la hora de tomar decisiones.

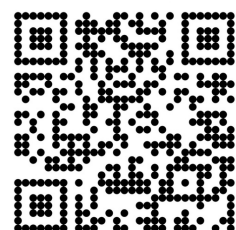
PROBLEMAS/LIMITACIONES: pacientes con mayor deterioro cognitivo, incapacidad, tutela por la Comunidad de Madrid. Dificultades para reflejar preferencias viables y consistentes en el tiempo, para actuar en contra de las preferencias indicadas con el fin de máxima beneficencia del código ético (artículo 763 de la ley de Enjuiciamiento civil).

CONCLUSIÓN

Pese a su creciente incorporación, aún falta mucha información y evaluación sobre su aplicabilidad. Hay que seguir trabajando en su difusión entre los profesionales y los pacientes. Cabe destacar en nuestro país los primeros intentos de extensión del DVA en salud mental: "planificación anticipada de las decisiones en salud mental", propuesta por la Consejería de Sanidad de Andalucía.

Teniendo en cuenta que un paciente psiquiátrico ha de tener el mismo derecho a poder decidir anticipadamente como cualquier otro tipo de paciente, resulta pues que en ese ámbito existe un potencial entorno para fomentar y respetar ese derecho.

BIBLIOGRAFÍA



Efectos del ejercicio físico en la salud mental de la población adolescente. Revisión bibliográfica.

Paula Nasarre Grasa. Enfermera Especialista en Salud Mental

Introducción

En la adolescencia se producen una serie de cambios fisiológicos, psicosociales y cognitivos que marcan a esta población especialmente vulnerable a padecer trastornos mentales.

El ejercicio físico ha demostrado ser una intervención adecuada para mejorar la salud mental y los niveles de felicidad, relacionándose además la inactividad con una mayor incidencia de problemas psicológicos.



Fuente: Freepick

Objetivos

- Revisar la literatura disponible respecto a la práctica de ejercicio físico y los beneficios que reportan en la salud mental de los adolescentes.
- Identificar si el ejercicio físico mejora la depresión y ansiedad de la población adolescente.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos especializadas en ciencias de la salud (PubMed y Dialnet) y Google Académico. Términos MESH "salud mental/mental health", "ejercicio físico/physical exercise", "adolescentes/ teenagers, adolescent".

Desarrollo

En la población adolescente se observa que la práctica de ejercicio mejora la ansiedad, la depresión, la autoestima y las funciones cognitivas.

La evidencia señala que la actividad física puede proteger contra el desarrollo de la depresión, o que la inactividad física puede ser un factor de riesgo para la depresión. Sin embargo, todavía es escaso el número de estudios obtenidos en los últimos años que permitan encontrar una relación más sólida y significativa.

Aunque se deja entrever una mejoría bienestar psicológico de los adolescentes cuando practican ejercicio físico, aún se desconoce el por qué, sin embargo, existen tres teorías relacionadas:

- La **teoría de la distracción** propone que los estímulos recibidos al llevar a cabo una actividad física desvían la atención de la persona sobre su malestar, traducándose en una mejoría de los síntomas depresivos.
- La **teoría de la interacción social** atribuye a que al realizar una práctica deportiva se mejoran las relaciones sociales y, por tanto, la salud mental.
- Por último, la **teoría de la autoeficacia** propone que realizar ejercicio físico conlleva un reto personal, donde se desarrollan habilidades de superación, mejorando el autoconcepto y autoestima.

Conclusiones

Aunque la evidencia no haya demostrado un resultado tajante en cuanto a los beneficios del ejercicio físico en la salud mental de los adolescentes se deja entrever que la actividad física tiene efectos beneficiosos tanto para la prevención como el tratamiento en problemas de salud mental de la población adolescente.

Existen además diferentes factores asociados a la práctica deportiva en sí misma, que contribuyen a mejorar las habilidades personales, aumentando el autoconcepto y autoestima del individuo.

1. Alexander Brito, G., & Brito Mancheno, F. D. (2023). Volumen 2 Número 4 2023. MENTOR. Revista de Investigación Educativa Y Deportiva, 2(4), 162–178.
2. Monteiro Peluso, M. A., & Silveira Guerra de Andrade, L. H. (2005). Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. Clinics, 60(1), 61–70. doi:10.1590/S1807-59322005000100012
3. Trujillo Franco, J., & Martínez Martínez, C. (2021). Ejercicio físico como tratamiento para depresión en niños y niñas, adolescentes y jóvenes: umbrella review. Revista Española de Enfermería de Salud Mental, (15), 3.
4. UNICEF. (2022). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. New York. Retrieved from https://www.unicef.org/media/114641/file/SOWC_2021_Full_Report_Spanish.pdf

Manejo del insomnio en una Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes. Proceso de Atención de Enfermería.

Paula Nasarre Grasa. Enfermera Especialista en Salud Mental

Introducción

Dentro de los diagnósticos enfermeros NANDA, se encuentra la etiqueta diagnóstica “Insomnio (00095)”. Existen diferentes poblaciones de riesgo recogidas por la NANDA, siendo la adolescencia una de ellas.

Entre los **factores asociados** a dicho problema se encontrarían la ansiedad, la depresión, los factores del entorno (entorno no familiar), el deterioro del patrón del sueño normal y el estrés generado de la propia hospitalización.

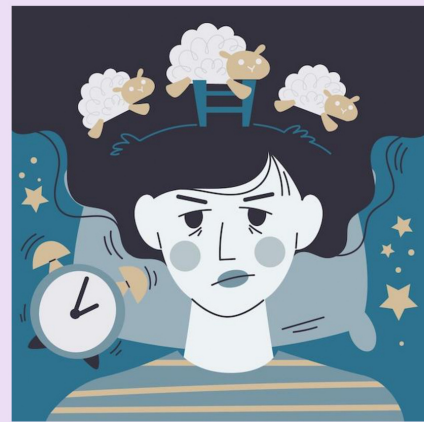
El adolescente ingresado en una Unidad de Hospitalización Breve (UHB) puede manifestar insatisfacción con el sueño y calidad de vida, alteraciones del afecto, atención y del estado anímico.

Objetivos

- ✓ Realizar un plan de cuidados estandarizados de enfermería en el manejo del insomnio de los adolescentes ingresados en una UHB.
- ✓ Describir criterios de resultados (NOC) y escalas de medición.
- ✓ Analizar intervenciones específicas (NIC).

Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica sobre los diagnósticos enfermeros NANDA, así como la clasificación de objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) enfermeras.



Fuente: Freepick

Proceso de Atención Enfermera Especialista en Salud Mental (EESM)

Objetivos	Intervenciones
<p>NOC: Sueño 0004 “Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo”</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calidad del sueño (404) - Ha sido capaz de dormir toda la noche (418) <p>Se valorarán dichos indicadores con una escala Likert (1-5):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	<p>NIC: Control del estado de ánimo (5350) La EESM ayudará al adolescente a expresar sus sentimientos y emociones de una forma adecuada.</p> <p>NIC: Terapia de relajación (6040) y Técnica de relajación (5840) La enfermera creará un ambiente tranquilo donde instruirá al adolescente en técnicas de relajación (técnicas de respiración lenta, visualización, relajación muscular progresiva).</p> <p>NIC Administración de la medicación (2300) Por último, si con las medidas no farmacológicas anteriores el adolescente continuase sin conciliar el sueño, se administraría la medicación según pauta.</p>

Conclusiones

El adolescente hospitalizado en una unidad de Salud Mental puede presentar problemas de insomnio durante su ingreso. La EESM debe ayudar al adolescente a identificar y expresar sus emociones, así como enseñar técnicas de relajación más adecuadas, centrando el bienestar mental del paciente como eje de sus intervenciones.

1. NANDA. (2021). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023. (T. HeatherHerdman, S. Kamitsuru, & C. Takáo Lopes, Eds.) (12o ed.). Barcelona: Elsevier.
2. Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & L.Mass, M. (2018). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud (6a ed.). Barcelona: Elsevier.
3. Butcher, H. K., Wagner, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (7a ed.). Barcelona: Elsevier.

CÓMO HABITAR LUGARES MÁS AMABLES

CENTRO DE DÍA CARABANCHEL

Cora María y Navarro Sara

MANDATOS DE GÉNERO QUE IMPACTAN EN MUJERES CON TMG:

- Rol de cuidadora.
- Estereotipos sobre la imagen.
- Estancamiento en su desarrollo laboral y personal.
- Menos acceso a recursos especializados.
- Violencia de género.

VIOLENCIA EN MUJERES CON TMG:

- Las mujeres con un TMG sufren 4 veces más violencia por parte de su pareja /expareja que las mujeres de la población general.
- En la mitad de los casos, el equipo profesional de la Red de Salud Mental no conocen la existencia del maltrato ocurrido durante el último año.

TENIENDO EN CUENTA TODO ESTO...¿QUÉ HACEMOS EN EL CD CARABANCHEL?

- Generar espacios entre mujeres en los que se fomenta el autocuidado.
- Crear espacios físicos donde puedan acceder a información específica sobre mujeres además de actividades, tanto del Centro de Día como del entorno comunitario.
- Desarrollar grupos de formación donde los hombres puedan revisar su masculinidad.
- Promover grupos de trabajo liderados por mujeres que favorezcan su empoderamiento y generen un ambiente más igualitario.
- Participar en el grupo de trabajo de la RED DE EMGYD.
- Fomentar el consumo de recursos donde se aboga por la igualdad (prensa, libros...).
- Desarrollar investigaciones y herramientas con perspectiva de género.
- Participar en formaciones sobre perspectiva de género (equipo profesional).
- Desarrollar programas y acciones para facilitar la derivación de mujeres desde los Centros de Salud Mental.

REFERENCIAS

- Federación de Euskadi de Asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental. (2017). *Guía Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental*.
<https://consaludmental.org/publicaciones/Investigacion-violencia-genero-salud-mental-2017.pdf>
- Gonzalez, F., Gonzalez, J., López, M., Olivares, D., Polo, C., Rullas, M. (2013). Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con Trastorno Mental Grave. *Norte de Salud Mental*, 11 (45), 23-32. <https://consaludmental.org/publicaciones/Violenciamujeresenfermedadmental.pdf>
- Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades. (2019). *Guía de actuación en el ámbito de salud mental y drogodependencia en Violencia de Género*.
https://dspace.carm.es/jspui/bitstream/20.500.11914/3907/1/2019_SaludMentalyViolenciadeG%c3%a9nero.pdf

XXVI JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL: “SALUD MENTAL EN LOS INFELICES AÑOS 20”

Ser adolescente en la era digital: Habilidades sociales

Raquel Rebollo Berlana. (Enfermera Especialista en Salud Mental)

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se ha producido una **revolución tecnológica**, que se inició cuando apareció Internet. Esto ha planteado un cambio en la comunicación, los **adolescentes han cambiado su forma de relacionarse**, siendo las redes sociales el medio que utilizan.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, las personas entre **15 y 29 años** son las que más **utilizan las redes sociales (94,1%)**; seguido de los jóvenes **menores de 15 años (93%)**. Esto evidencia cómo las redes sociales juegan **un papel importante** en la **cotidianidad**, en especial de los adolescentes.

La adolescencia es un período de definición personal, en donde se necesitan referencias y referentes, acciones simbólicas e iconos y valores, que actúen como elementos que contribuyan a dar sentido a sus búsquedas. Las nuevas tecnologías, pueden convertirse en **facilitadores** de esta búsqueda, pero a la vez pueden generar mayor confusión, aislamiento y acabar ocasionando **depresión y ansiedad**. Se ha visto que el desarrollo de **habilidades sociales** puede convertirse en un **factor protector**. La enfermera especialista en salud mental puede contribuir a que el adolescente adquiera y entrene esas habilidades, las cuales se adquieren de forma progresiva.

OBJETIVOS

Revisar la literatura disponible respecto al impacto de las nuevas tecnologías en la adolescencia y el papel que ocupan las habilidades sociales.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura existente en las diferentes bases de datos (PUBMED, MEDLINE) y Google Académico, usando las palabras clave: "adolescencia", "internet", "identidad", "redes sociales", "comunicación", "habilidades sociales".

DESARROLLO

Según la **Organización Mundial de la Salud**, la adolescencia, es una fase compleja de la vida, que trae consigo cambios. Para muchos los cambios, crea una **crisis interna** si es que, no se tienen las herramientas apropiadas.

Los adolescentes crean una identidad en un **mundo virtual** y en muchas ocasiones no saben cómo reaccionar ante los aspectos de realidad; lo que propicia las enfermedades mentales.

Se ha visto que el desarrollo de **habilidades sociales** permite al adolescente medir los riesgos de las redes sociales y crear relaciones interpersonales positivas que sean beneficiosas para crear su identidad y que fundamenten su "yo real" con la finalidad de tener un mejor desenvolvimiento en su entorno procurando el adecuado uso de las redes sociales.

Las habilidades sociales, son las competencias necesarias para conseguir una convivencia armoniosa. Es decir, sería la capacidad de enfrentarse de forma efectiva a los retos de la vida diaria, permitiendo así la transición saludable hacia la madurez.

CONCLUSIONES

- Las nuevas tecnologías se han incorporado a la **vida cotidiana**, en los vínculos y la comunicación con los demás.
- Los **espacios físicos** van pasando a un plano **virtual**.
- La adolescencia es realmente un período vulnerable, en donde se ha visto que el desarrollo de **habilidades sociales es imprescindible para que las relaciones sean saludables** y se sientan parte de la sociedad.

BIBLIOGRAFIA

- Arab, E., & Díaz, A. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: Aspectos Positivos y negativos. Revista Medica Clínica Las Condes, 26(1), 7–13.
- Brunno, M., Laplace, M., & Malvestitti, M. J. (2018). La influencia de las redes sociales en la construcción subjetiva de los adolescentes. Universidad Nacional del Mar de Plata.
- Cacho Becerra, Z. V., Geraldine Silva, M., & Yengle Ruíz, C. (2019). El desarrollo de habilidades sociales como vía de prevención y reducción de conductas de riesgo en la adolescencia. Transformación, 15(2).
- Davis, K. (2013). Young people's digital lives: The impact of interpersonal relationships and digital media use on adolescents' sense of identity. Computers in Human Behavior, 29(6), 2281–2293.
- De la Villa, M., & Ovejero, A. (2004). Jóvenes, globalización y postmodernidad: crisis de la adolescencia social en una sociedad adolescente en crisis. Papeles Del Psicólogo, 87, 72–79.
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. Adicciones, 22(2), 91–95.
- INEC. (2018).
- Luz Galindo, R., & Lourdes Garro, L. (2019). Las redes sociales de internet y habilidades sociales con la convivencia escolar en los adolescentes. Universidad Cesar Vallejo.
- Maricela, L., Ruales, T., Roberto, E., & Núñez, V. (2020). Las redes sociales y su influencia en el desarrollo de habilidades sociales de los adolescentes. Revista Cognosis, 2. <https://orcid.org/0000-0003-1314-1358>
- Martínez Venegas, M., & Sánchez Martínez, E. (2016). Construcción de la identidad y uso de redes sociales en adolescentes de 15 años. PsicoEducativa: Reflexiones y Propuestas, 2(4), 17–23.
- Muñoz Aguilar, J. H., & Jaramillo Zambrano, A. E. (2022). Relación entre adicción a las redes sociales y habilidades sociales en adolescentes escolarizados. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Organización Mundial de la Salud. (2019).
- Patricio Do Amaral, M., José, F., Pinto, M., Robson, C., & De Medeiros, B. (2015). Las habilidades sociales y el comportamiento infractor en la adolescencia. Subjetividad y ProceSoS CognitivoS, 19.
- Veloza Gamba, R. (2023). Batallando entre redes sociales y la inteligencia emocional en los adolescentes. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 7(1), 2125–2141. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4572

XXVI JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL: “SALUD MENTAL EN LOS INFELICES AÑOS 20”

Acompañando en el duelo tras un aborto espontáneo. Proyecto educativo dirigido a enfermeras

Raquel Rebollo Berlana. (Enfermera Especialista en Salud Mental)

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, **la muerte y el duelo son tabúes**, que la sociedad trata de ocultar. Se sabe que entorno a un **10 -20% de los embarazos diagnosticados acaban en aborto espontáneo**. Se calcula que aproximadamente **una de cada cuatro mujeres a lo largo de su vida experimenta un aborto**. De estas mujeres un gran número (**50%**) **tratará de quedarse embarazada de nuevo** antes del año de la pérdida, lo cual puede suponer un riesgo de que se quede inhibido el duelo por remplazo. Las consecuencias más comunes del aborto son **la depresión y la ansiedad**.

En las últimas décadas **la comprensión** del aborto en la sociedad y en los profesionales sanitarios ha ido **aumentando**. Aun así, muchos padres viven el duelo tras un aborto espontáneo de **forma aislada, discreta y en silencio**. Se podría establecer que la cultura da forma a las reacciones del duelo, al igual que las estrategias usadas puedan diferir de una cultura a otra.

La **enfermera**, es una de las figuras más **accesible** y que juega un papel fundamental para la atención en los procesos de duelo. Estos cuidados son una de las tareas más complicadas de la enfermería y más si se piensa en ser capaces de ofertar unos **cuidados de calidad**.

OBJETIVOS

El profesional de enfermería será capaz de:

Acompañar en el duelo a la mujer y a su pareja que han perdido a un feto de manera espontánea.	
• Identificar áreas de mejora	• Aumentar conocimientos respecto al duelo tras un aborto espontáneo y las estrategias de abordarlo
• Diferenciar la depresión del duelo	• Explicar las reacciones que pueden acontecer al aborto
• Diferenciar el duelo normal del patológico	• Enumerar las estrategias de las que se dispone para ayudar a la mujer y pareja que han sufrido la pérdida
• Enseñar a la pareja y mujer que ha sufrido la pérdida a controlar la ira	• Proporcionar técnicas que reduzcan la ansiedad
• Trabajar la capacidad de empatía	• Realizar counselling adecuado
• Compartir experiencias personales con el resto y la manera de abordaje	• Verbalizar dudas que surjan

METODOLOGÍA

Proyecto educativo dirigido al personal de enfermería de la Comunidad de Madrid. Se usarán carteles divulgativos distribuidos por puntos estratégicos para captar a dichos profesionales. Para analizar la situación actual del duelo tras un aborto espontáneo y poder adaptar la formación, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases de datos: PUBMED, MEDLINE, SCIELO haciendo uso de palabras clave "Aborto", "duelo", "programas de salud", "protocolos de enfermería", "prestación atención de salud, atención primaria" y "complicaciones"

DESARROLLO

Se expone en el poster un breve esquema de lo que los módulos o sesiones a tratar sobre el duelo tras un aborto espontáneo dirigido al personal de enfermería y su correspondiente duración:

Sesión 1. Aproximación al aborto espontáneo (120 min)
Sesión 2. ¿Qué conlleva la pérdida espontánea de la gestación? (120 min)
Sesión 3. ¿Cómo abordar el aborto espontáneo? (120 min)
Sesión 4. ¿Qué evitar en el aborto espontáneo? (60 min)
Sesión 5. Habilidades y actitudes que debe poseer la enfermera (120 min)
Sesión 6. Simulacro 1 (120 min)
Sesión 7. Simulacro 2 (120 min)
Sesión 8. Puesta común y cierre (120 min)

- **Periodicidad:** 1 sesión por semana
- **N.º Participantes:** mínimo 15 asistentes, para una mayor interacción.
- **Docentes:** Habrá un observador y un docente con experiencia en el tema
- **Lugar:** Salón de Actos

CONCLUSIONES

Existe un grado de **insatisfacción en las mujeres** respecto a los **cuidados ofrecidos** tras sufrir una pérdida del embrión, suele ir asociada con la percepción del apoyo psicológico ofrecido tras el aborto y con una discrepancia en cuanto a la importancia de la pérdida entre el profesional y la mujer que ha padecido la pérdida. También se menciona **la falta de información y explicaciones percibidas**.

Las **enfermeras**, son las figuras que en muchas ocasiones tienen que **proporcionar los cuidados emocionales** a las mujeres. Muchas veces, estas usan su experiencia como recurso que suple los déficits de formación y preparación que poseen. De ahí la necesidad de **formar a dichos profesionales** para el abordaje del duelo tras un aborto en la mujer y en la pareja de esta.

BIBLIOGRAFIA

- Wonder JW. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. 4ª ed. Paidós; 2013.
- S.E.G.O. Protocolos asistenciales en obstetricia: aborto espontáneo. 2010;114:207-24.
- Evans R. Emotional care for women who experience miscarriage. RCN Nurs Stand. 2012;26(42):35-41.



UNA INTERVENCIÓN INTEGRAL DE TERCERA GENERACIÓN PARA PERSONAS CON PSICOSIS Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (IITG-PPT)

Lozano, B., Valiente, C., Espinosa, R., Contreras, A., Peinado, V., Trucharte, A., & Laorga, M.

EL PROGRAMA



1 Construir la experiencia en terapia

2 Historia de vida y reacciones iniciales al trauma

3 Entender el trauma

4 Regulando las emociones

Tener seguridad en el cuerpo y el proceso terapéutico

El objetivo de este componente es que la persona se sienta segura y con habilidades de poder trabajar sobre el evento traumático.

Se explica qué es un trauma, las reacciones asociadas y sus repercusiones. Se trabajan diferentes estrategias de regulación emocional de ACT y se trata de dar sentido a la sintomatología actual relacionándola con los eventos del pasado.

5 EMDR
Protocolo básico de Shapiro, F., 2001

6 EMDR
Protocolo básico de Shapiro, F., 2001

7 EMDR
Protocolo básico de Shapiro, F., 2001

8 EMDR
Protocolo básico de Shapiro, F., 2001

Procesar el evento traumático

Se selecciona un recuerdo que comparta creencias/ emociones/ sensaciones con la dificultad principal en la vida actual del paciente y que tenga la sensación de que, de trabajarla, le ayudaría a alcanzar el objetivo que se propone.

Dependiendo del caso, se realiza desensibilización, o desensibilización y reprocesamiento del evento.

9 Potenciar emociones positivas

10 Amabilidad hacia uno mismo

11 Desarrollar una identidad sana

12 Construyendo un futuro mejor

Volver a conectar con los demás y la vida

Una vez el cerebro ha disminuido la alerta, es el momento de desarrollar emociones agradables, reconectar con los demás y trabajar en los propósitos de vida.

En este componente se utilizan ejercicios de Psicología Positiva y ACT para potenciar las emociones agradables, la autoamabilidad, identificar fortalezas personales y plantear objetivos vitales.

Sabemos que...

La **comorbilidad** entre psicosis y sintomatología posttraumática es muy elevada y se ha visto que hasta el 30% de personas con psicosis podrían cumplir los criterios de Trastorno de estrés posttraumático (Kilcommons and Morrison, 2005).

La comorbilidad entre TEPT y psicosis se asocia con mayor sintomatología psiquiátrica, mayor número de hospitalizaciones (Mueser et al., 2002.), peor funcionamiento social y peor adherencia a los servicios de rehabilitación (Lysaker et al., 2006).

A pesar de que para el trastorno de estrés posttraumático se recomiendan terapias centradas en el trauma, **los profesionales de la salud mental suelen tener reticencias a abordar esto con personas con psicosis** (Meyer et al., 2014).

Sin embargo, los pocos estudios que hay hasta el momento, han demostrado que **estas intervenciones son seguras y efectivas** (Van der Berg et al., 2020).

Queremos:

Desarrollar una intervención para personas con psicosis y sintomatología posttraumática



Implementarla en los centros de la Comunidad de Madrid



Evaluar su viabilidad, aceptabilidad, seguridad y eficacia



Agradecemos a los/as terapeutas y supervisoras de:



Herman, J.L. (2015). *Trauma and recovery: the aftermath of violence. From domestic abuse to political terror*. Hachette, UK

Kilcommons, A. M., & Morrison, A. P. (2005). Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 351-359.

Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., & Trumbetta, S. L. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia research*, 53(1-2), 123-143.

Lysaker, P. H., Beattie, N. L., Strasburger, A. M., & Davis, L. W. (2005). Reported history of child sexual abuse in schizophrenia: associations with heightened symptom levels and poorer participation over four months in vocational rehabilitation. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(12), 790-795.

Meyer, J. M., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Blakey, S. M., & Deacon, B. J. (2014). Why do clinicians exclude anxious clients from exposure therapy? *Behaviour research and therapy*, 54, 49-53.

Shapiro, F., & Forrest, M.S. (2001). *EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing*. New York, NY: Guilford.

Van den Berg, D., van de Giessen, I., & Hardy, A. (2020). Trauma Therapies in Psychosis. In *A Clinical Introduction to Psychosis* (pp. 447-463). Academic Press.



Dra. Carmen Valiente Ota

cmval11@uclm.es

Belén Lozano Viñas

belenlozano@uclm.es



Una intervención integral de tercera generación para personas con psicosis y síntomas de estrés posttraumático: diseño, implementación y efectividad #PID2020-115003RB-I00

XXVI Jornadas de la AMSM

Calidad percibida de la atención de la enfermera de salud mental por pacientes con trastorno mental grave atendidos en un programa de visita domiciliaria

Mercedes Vicente García

INTRODUCCIÓN

Atender a un paciente en su domicilio no es una situación excepcional en la historia de la salud. Hasta el siglo pasado una gran parte de los actos médicos tenían lugar en el domicilio del paciente. Se ha desarrollado una cultura hospitalaria en la que se ha extendido la creencia de la importancia de los hospitales en el tratamiento de cualquier problema de salud. Sin embargo, la atención domiciliaria es una alternativa que puede dar respuesta a algunas de las necesidades asistenciales y mejorar el uso eficiente de los recursos. La desproporción existente entre la oferta y la demanda de los cuidados en salud mental manifiesta la urgencia de implementar nuevas formas de tratamiento. Parte de las alternativas para cubrir estas demandas pasan por el cuidado domiciliario, ofreciendo al paciente y a la familia sistemas que aseguren la calidad de los procesos y generen conductas de autocuidado individual y familiar. El modelo de atención domiciliaria centrado en pacientes con trastorno mental grave pretende ser un proceso de atención continuada, integral, humana e individual. Constituido por un equipo multidisciplinario que solventa la necesidad asistencial temporal o permanente cuando la persona presente una incapacidad física y/o funcional o algún factor psicosocial que dificulte su accesibilidad para desplazarse al centro de salud mental, esta atención se extiende además a la familia y la comunidad. Las enfermeras especialistas en salud mental se posicionan por tanto como un elemento clave para afrontar las nuevas necesidades de la población y asegurar servicios de calidad que satisfagan las necesidades de los pacientes familia y comunidad.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar la calidad percibida de las personas con trastorno mental grave respecto a la atención de la enfermera de salud mental proporcionada a través de la visita domiciliaria

OBJETIVOS ESPECÍFICOS



Describir la población atendida en el programa de visita domiciliaria de enfermería de salud mental



Identificar las posibles áreas de mejora del programa visita domiciliaria



Analizar la atención prestada por enfermería y valorar cambios que puedan mejorar la calidad de vida del paciente con trastorno mental grave

METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos establecidos, se propone un estudio descriptivo transversal y un muestreo consecutivo desde la consulta enfermera. Se establecerán los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión
 - Diagnóstico de trastorno mental grave
 - 18 años o más
 - Esté siendo o haya sido atendido en el programa de visita domiciliaria de la enfermera de salud mental
 - Que haya tenido más de una visita domiciliaria
- Criterios de exclusión
 - No comprender o hablar castellano
 - Padecer un deterioro cognitivo que le impida comprender el estudio



Para la recogida de datos en primer lugar se establecerán las variables de estudio y se empleará la encuesta autoadministrada SATISFAD 7, una versión reducida y validada de la encuesta de satisfacción con los servicios de atención domiciliaria SATISFAD 10. Consta de 7 ítems puntuado cada uno mediante una escala Likert que comprende 4 niveles ordenados categóricamente de 0 a 3 (donde 0 corresponde al mínimo valor de cada ítem –nunca- y 3 al máximo –siempre)

DESARROLLO

La calidad asistencial se está consolidando como un factor esencial: el paciente como centro de la atención.

Dar voz a las personas con TMG y conocer la calidad percibida de estas con un servicio que se ha demostrado eficaz para la mejorara su la calidad de vida, supone dar un paso más hacia una salud mental comunitaria, en el que se abandone definitivamente un abordaje paternalista y se consolide la visión biopsicosocial, y que, pese a los avances en las últimas décadas, sigue dejando al margen a muchas personas.

CONCLUSIONES

El rol de la enfermera dentro del equipo de salud es indispensable por el ser el recurso humano de mayor número, siendo por ende el más visible. Es importante que las acciones de las enfermeras sean constantemente evaluadas y mejoradas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferreira A, Tato JL. El entorno domiciliario en el paciente con alteraciones en la salud mental: el escenario de los cuidados de enfermería. Revista Iberoamericana de educación e investigación en enfermería 2013; 3(1):38-45
2. Lluch-Canut MT, Checa Peña F, García Morales J, Márquez Romero MJ, Camarena Pelegrí X, Beltrán Megías JJ et al. Efectividad de la atención domiciliaria de enfermería administrada a pacientes con trastorno mental severo: ensayo clínico controlado. Enferm Clin.2006;16(4):198-205
3. Jorm LR, Walter SR, Sanja L, Byles JE, Kendig HL. Home and community care services: a major opportunity for preventive health care. BMC Geriatrics 2010; 10:26. [Internet] [citad 2023 Mar 15]. URL disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/26>
4. Jurado Pulgar S, Jara Arias JA, López Rubia EM. Tratamiento asertivo comunitaria en personas con trastorno mental grave. Rev Enferm Salud Ment. 2017;8:25-33

XXVI Jornadas de la AMSM

Plan de cuidados de la enfermera especialista en salud mental: trastorno de conducta alimentaria

Mercedes Vicente García

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un conjunto de enfermedades de origen multifactorial, caracterizados por una alteración de la conducta ante la ingesta alimentaria. Existe una gran prevalencia entre jóvenes y adolescentes, afectando principalmente a mujeres, y con altas tasas de morbilidad y mortalidad.

Se ven implicados tres factores: predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Los predisponentes concederían susceptibilidad a sufrir un TCA, los precipitantes condicionarán la toma de decisiones y conducirán al acto, y los perpetuantes lo alargarán en el tiempo y dificultarían su tratamiento. Estos factores, a su vez, pueden estar influenciados por factores biológicos, genéticos y psicosociales.

OBJETIVOS

Elaborar un plan de cuidados estandarizado orientado a pacientes con trastorno de conducta alimentaria

Identificar diagnósticos enfermeros (NANDA)

Proponer resultados deseados (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC)

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos nacionales e internacionales empleando las palabras claves “cuidados de enfermería” y “trastorno de conducta alimentaria”.

DESARROLLO

Diagnóstico	Factores relacionados	Características definitorias	NOC (Resultados de enfermería)	NIC (Intervenciones de enfermería)
00002 Desequilibrio nutricional por defecto	Carencia de conocimientos sobre requerimientos nutricionales debido a falta de información, información incorrecta o conceptos alimentarios erróneos.	Peso inferior en un 20 % al peso ideal según estatura y complexión física. Informe de ingesta alimentaria inferior al aporte diario recomendado.	Control de peso. Estado nutricional.	Ayuda para ganar peso. Etapas en la dieta. Manejo de la nutrición. Manejo de los trastornos de la alimentación. Monitorización de líquidos. Monitorización nutricional.
00118 Trastorno de la imagen corporal	Psicológicos, biofisiológicos, culturales y espirituales.	Respuesta no verbal a cambios reales o percibidos en la estructura o función corporal. Expresión de sentimientos o percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura o función. Conductas de evitación, control o reconocimiento del propio cuerpo.	Imagen corporal. Adaptación psicosocial. Autoestima.	Potenciación de la imagen corporal. Potenciación de la autoestima. Escucha activa. Apoyo emocional. Aumentar el afrontamiento.
00146 Ansiedad	Cambios o sensación de peligro del desempeño del rol. Conflicto inconsciente sobre valores y metas de la vida. Necesidades insatisfechas. Transmisión y contagio interpersonal. Crisis situacional o de maduración. Amenaza de cambio o cambio en el funcionamiento del rol. Estrés.	Afectivas: inquietud, irritabilidad, angustia, temor. Cognitivas: miedo de consecuencias inespecíficas. Conductuales: control y vigilancia, manifestaciones verbales de preocupación por cambios en acontecimientos vitales. Fisiológicas: taquipnea, aumento de la frecuencia del pulso, fatiga y debilidad, palpitaciones, sequedad de boca, temblor de manos.	Afrontamiento de la ansiedad. Confort emocional. Manejo del estrés. Comunicación efectiva. Toma de decisiones. Adaptación a la vida cotidiana.	Establecer una relación terapéutica. Enseñar al paciente técnicas de relajación, manejo del estrés y habilidades de afrontamiento puede ayudar a reducir su ansiedad y mejorar su bienestar emocional. Manejo ambiental. Estimulación sensorial: utilizar estímulos visuales, auditivos y táctiles agradables y relajantes puede ayudar a reducir la ansiedad del paciente. Monitorización de la ansiedad. Terapia cognitivo-conductual: utilizar técnicas para ayudar al paciente a identificar y cambiar patrones de pensamiento negativos que contribuyen a su ansiedad.
00074 Afrontamiento familiar comprometido	Agotamiento de la capacidad de apoyo de las personas más allegadas. Carencia de apoyo mutuo. Enfermedad prolongada o progresión de la discapacidad que agota la capacidad de apoyo de la persona más allegada. Información o comprensión inadecuadas o incorrectas por parte de la persona más importante.	La persona más allegada expresa preocupación por su reacción personal (miedo, duelo anticipado, culpa, ansiedad, etc.) ante las necesidades del paciente. Conocimientos o comprensión inadecuados, lo cual obstaculiza las conductas de apoyo eficaces. La persona más allegada establece una comunicación muy limitada con el paciente. La persona más allegada exhibe conductas protectoras desproporcionadas (exageradas o insuficientes) para la capacidad del paciente o su necesidad de autonomía. La persona más allegada trata de realizar conductas de ayuda o apoyo, con resultados poco satisfactorios.	Resistencia del cuidador. Salud emocional del cuidador.	Apoyo al cuidador. Cuidado para dar un respiro. Facilitación del aprendizaje. Mantenimiento de los procesos familiares. Mejora del afrontamiento. Movilización familiar. Orientación sobre el sistema de salud.

CONCLUSIONES

Los trastornos de conducta alimentaria requieren de un abordaje multidisciplinar. La identificación de problemas y dificultades por parte de la enfermera de salud mental permite establecer diagnósticos acordes a la individualidad de cada paciente, favoreciendo la recuperación, reduciendo la progresión de la enfermedad y facilitando la expresión de sentimientos tanto de los pacientes como de las familias, parte indispensable para lograr un abordaje íntegro.

BIBLIOGRAFÍA

- Fisher CA, Skocic S, Rutherford KA, Hetrick SE. Family therapy approaches for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019;(5). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004780.pub4>
- Sanz Pérez L, Alastruey Gargallo M, Aranda Hernández B, Ferrando Sánchez M. Cuidados de enfermería en salud mental: trastorno de la conducta alimentaria. Caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2021 May;2(5)
- Rodríguez Álvarez N, López Martínez JI. Cuidados de enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria. *Educación, salud y psicología: logros y retos de futuro*. 2018, 124.
- Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [cited 2023Mar21]. Available from: <http://www.nnnconsult.com/>



AMSM
Asociación Madrileña de Salud Mental
Dirección C/ Magallanes, 1 Sótano 2, local 4.
Teléfono 636725599 Fax 918473182
correo e. aen.amsm@gmail.com
web www.amsm.es

