



Hermanas
Hospitalarias

INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS

MONOGRÁFICO

V Jornadas de Salud Mental y Rehabilitación Psicosocial

«El Medio es el Fin:
Investigación sobre
Estigma Social
y Sobrecarga Familiar
en personas con
Trastorno Mental Grave»

Madrid, mayo de 2013

Núm. **214** 4.º trimestre 2013

Informaciones Psiquiátricas

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LOS CENTROS
DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

Fundada en 1955 por el Dr. D. Parellada

DIRECTOR

Dr. JOSEP TRESERRA TORRES

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Dr. J. A. LARRAZ ROMEO

Dr. CARLOS LINARES DEL RÍO

Dr. M. MARTÍN CARRASCO

Dr. J. I. QUEMADA UBIS

Dr. F. DEL OLMO ROMERO-NIEVA

JEFE DE REDACCIÓN

Dr. J. M. CEBAMANOS MARTÍN

CONSEJO DE REDACCIÓN

Sr. J. M. GARCÍA FERNÁNDEZ

Prof. C. GÓMEZ-RESTREPO

Dr. J. ORRIT CLOTET

Dr. P. PADILLA MENDÍVIL

Dr. P. ROY MILLÁN

ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. E. ÁLVAREZ MARTÍNEZ

Prof. Dr. ARANGO LÓPEZ

Prof. Dr. J. L. AYUSO MATEO

Prof. Dr. A. BULBENA VILARRASA

Prof. Dr. J. L. CARRASCO PARERA

Prof. Dr. M. CASAS BRUGUE

Prof.^a Dra. M.^a PAZ GARCÍA PORTILLA

Prof. Dr. J. L. GONZÁLEZ RIVERA

Prof. Dr. J. GUIMÓN UGARTECHEA

Dr. M. GUTIÉRREZ FRAILE

Prof. Dr. P. MCKENNA

Dr. I. MADARIAGA ZAMALLOA

Dr. M. MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Prof. Dr. L. ORTEGA MONASTERIO

Prof. Dr. J. SÁIZ RUIZ

Prof. Dr. L. SALVADOR CARULLA

Dr. J. TIZÓN GARCÍA

Prof. Dr. M. VALDÉS MIYAR

Dr. E. VIETA PASCUAL

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver:
<http://www.icmje.org>

DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Sor Teresa López Beorlegui

BENITO MENNI, COMPLEJO ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL

Dr. Pujadas, 38 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Tel.: 93 652 99 99 / Fax: 93 640 02 68

e-mail: inf-psiuiatrics@hospitalbenitomeni.org / <http://www.hospitalarias.org>

Las referencias de esta revista se publican periódicamente en: IME/Índice Médico Español; PSICO-DOC/Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; CINDOC (ISOC) (CSIC) (IBECS)/Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Psiquiatria.com.

Informaciones Psiquiátricas

N.º 214 / 4.º trimestre 2013

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver: <http://www.icmje.org>

INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS aceptará para su publicación, previo informe favorable del Consejo de Redacción, aquellos trabajos que versen sobre temas de Psiquiatría, Psicología o Medicina Psicosomática, y que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los trabajos serán clasificados de acuerdo con las secciones de que consta la Revista y que son las siguientes: Originales, Revisiones de Conjunto, Comunicaciones Breves y Notas Clínicas. A juicio del Comité de Redacción podrán aceptarse aportaciones sobre temas de actualidad, cartas al director, crítica de libros...
2. Los trabajos serán inéditos y no deberán estar pendientes de valoración o publicación en otra revista.
3. Serán remitidos a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, calle Doctor Antoni Pujadas, n.º 38, 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona).
4. Los trabajos deberán presentarse en disquete, utilizando el programa Word 97 e impresos en folios numerados escritos a doble espacio por una sola cara.
5. En la primera página deberán constar, exclusivamente, los siguientes datos:
 - Título del trabajo.
 - Filiación completa del autor principal y coautores.
 - Teléfono/s de contacto y correo electrónico.
 - Centro donde se realizó el estudio.
 - Cargo o cargos del autor o autores en el citado centro de trabajo.
6. En la segunda página figurará, nuevamente, el título del trabajo, un resumen del mismo y se deberán añadir de 3 a 6 palabras clave para la elaboración del índice de la revista, todo ello en español e inglés.
7. La estructura del texto se acomodará a la sección donde deberá figurar el trabajo en caso de su publicación.
En el caso de los trabajos originales de investigación, la estructura del texto deberá contar con los siguientes apartados y por el orden que se citan:
 - Introducción.

- Material y Métodos.
 - Resultados.
 - Discusión.
8. Los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente bibliografía, que se presentará en hoja u hojas aparte. Las referencias bibliográficas se citarán numéricamente en el texto y atenderán a las siguientes normas:
 - a) Se dispondrán las citas bibliográficas según orden de aparición en el trabajo, con numeración correlativa, y en el interior del texto constará siempre dicha numeración.
 - b) Las citas de artículos de **revistas** se efectuarán de la siguiente manera:
 - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
 - Título del trabajo en su lengua original.
 - Abreviatura de la revista, de acuerdo con la norma internacional.
 - Año, número de volumen: página inicial-página final.

Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Sheves P, Cavicchia S, et al. Antidepressants in 'depressed' schizophrenic inpatients. A controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1989;46(10):922-8.
 - c) Las citas de **libros** comprenderán por el siguiente orden:
 - Apellidos e iniciales de los nombres de los autores en mayúsculas.
 - En: Título original del libro.
 - Apellidos e inicial de los (ed).
 - Ciudad, Editorial, Año: página inicial-página final.

Thomas P, Vallejo J. Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En: Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Turón J (ed). Barcelona, Masson; 1997: 164-177.
 9. La iconografía que acompañe al texto (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la suficiente calidad para su reproducción, estar enumerado correlativamente y se adjuntará al final del mismo.
 10. La Redacción de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS comunicará la recepción de los trabajos y, en su caso, la aceptación de los mismos y fecha de su publicación.
El Consejo de Redacción podrá rechazar los trabajos cuya publicación no estime oportuna, comunicándolo, en este caso, al autor principal. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Revista.
Una vez publicado el trabajo, el primer autor recibirá 20 separatas, totalmente gratuitas.

ÍNDICE

357 *Introducción*

EL MEDIO ES EL FIN: INVESTIGACIÓN SOBRE EL ESTIGMA SOCIAL Y LA SOBRECARGA FAMILIAR EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

FRANCISCO DEL OLMO ROMERO-NIEVA, JOSÉ LUIS ARROYO CIFUENTES Y CARLOS REBOLLEDA GIL

365 REVISIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO APLICADA A PSICOSIS

JOSÉ LUIS ARROYO CIFUENTES, ABRAHAM ÁLVAREZ BEJARANO Y SARA DE RIVAS HERMOSILLA

385 EFICACIA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL CRÓNICO. UN ENSAYO ALEATORIZADO

CARLOS FRANCISCO SALGADO PASCUAL, CARMEN LUCIANO SORIANO Y OLGA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

403 DE LA DEPENDENCIA A LA AUTONOMÍA: EL EASC. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DEL EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO DE PUENTE DE VALLECAS

ALEJANDRO DE BARRIO LÓPEZ

425 LA AGRESIVIDAD EN LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

EMILIO GONZÁLEZ PABLOS, CARLOTA BOTILLO MARTÍN, FIDEL GARCÍA SÁNCHEZ, CARLOS SALGADO PASCUAL, REBECA LÓPEZ VILLA Y CARLOS MARTÍN LORENZO

435 LAS HUELLAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL. TRAS UNA HISTORIA SIN HOGAR

MARÍA ACOSTA BENITO, NURIA SANTOS BERMEJO Y CRISTINA OTERO VICARIO

- 449 SALUD MENTAL Y PROGRAMA DE SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE. PIVOTANDO SOBRE LA REHABILITACIÓN
ANA I. DELFA CANTERO Y CAROLINA MOGOLLÓN RODRÍGUEZ
- 467 MOTIVACIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LOS VOLUNTARIOS TRABAJANDO CON PERSONAS CON ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA
MARÍA DOLORES NIETO DE HARO, ANA TORREÑO SORIANO, SUSANA GARCÍA DEL CID, RAFAELA GARCÍA DEL CID Y SOR MARÍA PAZ GALÁN VALERO
- 473 EL PROCESO DE RE-INTEGRACIÓN DE LA CAPACIDAD LEGAL
MARÍA AMORES GONZÁLEZ Y SARA GONZÁLEZ CONDE
- 483 EFECTIVIDAD DEL USO DE LA WII BALANCE BOARD® (WBB) EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA
LUIS A. CUÉLLAR REQUEJO
- 493 ANÁLISIS DE VARIABLES SOCIOCULTURALES EN LA ATENCIÓN EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO
MARÍA JÁÑEZ ÁLVAREZ, SARA BEN-BOUCHTA DEL VIEJO Y FRANCISCO DEL OLMO ROMERO-NIEVA
- 509 *Nota FIDMAG Hermanas Hospitalarias*
- 511 HALLAZGOS CEREBRALES ESTRUCTURALES ASOCIADOS A LA DISCINESIA TARDÍA EN LA ESQUIZOFRENIA
FIDMAG HNAS. HOSPITALARIAS
- 513 PUBLICACIONES EN REVISTAS INDEXADAS EN EL 2013 DE LA FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y LA DOCENCIA MARÍA ANGIUSTIAS GIMÉNEZ (FIDMAG)
- 519 COLABORADORES QUE HAN PARTICIPADO EN LA EVALUACIÓN DE MANUSCRITOS DURANTE EL AÑO 2013

Introducción

EL MEDIO ES EL FIN: INVESTIGACIÓN SOBRE EL ESTIGMA SOCIAL Y LA SOBRECARGA FAMILIAR EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

FRANCISCO DEL OLMO ROMERO-NIEVA

Psiquiatra. Director del Área de Salud Mental, Provincia de Madrid, Hermanas Hospitalarias, Madrid. Coordinador de la Comisión Provincial de Investigación de la Provincia de Madrid.

JOSÉ LUIS ARROYO CIFUENTES

Psicólogo. Director técnico Línea de Rehabilitación Psicosocial, Provincia de Madrid, Hermanas Hospitalarias, Madrid. Institución vinculada a la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

CARLOS REBOLLEDA GIL

Psicólogo. Centro de rehabilitación psicosocial y pisos supervisados de Aranjuez, Hermanas Hospitalarias, Madrid. Centros vinculados a la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Representante de la Línea de Rehabilitación Psicosocial en la Comisión Provincial de Investigación de la Provincia de Madrid.

Recepción: 05-11-13 / Aceptación: 28-11-13

Los días 20 y 21 de mayo del presente año tuvieron lugar, en el Auditorio del Caixa Fórum de Madrid, las «V Jornadas de Salud Mental y IV Jornadas de Rehabilitación Psicosocial», organizadas por Hermanas Hospitalarias y que, a su vez, llevaron por título: «*El medio es el fin: investigación sobre el estigma social y la sobrecarga familiar en personas con trastorno mental grave*». Las Jornadas fueron inauguradas por el Viceconsejero de Familia y Asuntos Sociales, Ilmo. Sr. D. Carlos Izquierdo Torres, y la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria, Ilma. Sra. Dña. Patricia Flores, de la Comunidad de Madrid.

Dichas Jornadas partieron de la idea de que en la atención comunitaria de personas con trastorno mental

grave, no es suficiente con la exclusiva consideración de las variables personales, sino que se hace imprescindible el conocimiento y uso de las posibilidades que ofrecen los entornos en los que vive la persona, por lo que trataron de poner el foco de atención en el ambiente como mediador de cambios.

Desde Hermanas Hospitalarias se pretendió que este encuentro fuera un medio efectivo para compartir información, reflexiones y propuestas sobre los factores ambientales desde la perspectiva de la investigación aplicada de calidad. Para ello se reunieron profesionales de reconocido prestigio en la materia, en torno a mesas y conferencias agrupadas en dos ejes fundamentales: *la sobrecarga familiar y el estigma social*.

Como es conocido, la sobrecarga familiar es un factor que influye tanto en el establecimiento de relaciones beneficiosas entre el paciente y su familia, como en el posible desarrollo de patologías tanto somáticas como psiquiátricas en el caso de los familiares que conviven con personas diagnosticadas de enfermedad mental crónica. Múltiples ensayos aleatorizados, estudios de efectividad y meta-análisis han podido demostrar la eficacia de los programas dirigidos a la psicoeducación familiar y el entrenamiento de estos en el manejo de situaciones problemáticas o de sus propias emociones, situándolos como una de las intervenciones que mayor eficacia muestran en cuanto a la rehabilitación psicosocial de las personas con diagnóstico de enfermedad mental crónica.

Al hilo de las intervenciones familiares, el Dr. Fermín Mayoral Cleries (psiquiatra, jefe de sección de rehabilitación del hospital Carlos Haya, Málaga) en la inauguración de las Jornadas, presentó la conferencia «*Intervenciones familiares en esquizofrenia*», en la que dio una interesante y necesaria visión general acerca de este tipo de intervenciones y su eficacia.

Posteriormente, en la mesa «*Sobrecarga familiar*», Paola Fernández (psicóloga y coordinadora del centro de día y el equipo de apoyo sociocomunitario de Vallecas, línea de rehabilitación psicosocial de Her-

manas Hospitalarias, Madrid) presentó el programa *EDUCA-ESQ*, así como los resultados preliminares acerca de la eficacia del mismo. Destacar que este programa creado por el «*Instituto de Investigaciones Psiquiátricas*» (*IIP*) de la provincia de Palencia, tiene por objetivo tratar de dotar de estrategias a los familiares de personas con enfermedad mental para disminuir los niveles de sobrecarga que pueda producirles la convivencia y el cuidado de los mismos. Los resultados preliminares muestran que este programa realmente reduce la sobrecarga de estas personas.

Finalmente, en esta misma mesa, Nel Anxelu González Zapico (vicepresidente de la confederación FEAFES y presidente de la federación asturiana) dio una visión en cuanto al papel de las asociaciones de familiares y usuarios, las cuales dan un inestimable apoyo a las familias de personas con enfermedad mental, orientándolas sobre la patología y el manejo de la misma, aspectos que, sin lugar a dudas, también ayudan a gestionar la carga que experimentan estas personas.

El estigma social asociado a la enfermedad mental crónica es uno de los aspectos que se está poniendo mayor empeño en conocer. Saber cuáles son los diferentes mecanismos que llevan a la sociedad a estigmatizar a estas personas o a que ellas mismas se estigmaticen, efecto conocido como autoestigma, así como conocer las estrategias que pueden reducir dicho estigma, son temáticas de rabiosa actualidad que han propiciado múltiples investigaciones y estudios en los últimos años.

Hermanas Hospitalarias no son ajenas a este acuciante problema que influye de forma drástica en el contexto de las personas con enfermedad mental. Debido a ello, en la mesa «*estigma social*», el Dr. Francisco del Olmo Romero-Nieva (psiquiatra, director del área de salud mental de la provincia de Madrid y coordinador de la comisión provincial de investigación de dicha provincia, Hermanas Hospitalarias, Madrid) presentó el proyecto *INTER-NOS*, investigación metacéntrica liderada desde la provincia de Madrid y en la que tam-

bién han colaborado el resto de provincias canónicas de la empresa Hermanas Hospitalarias. El objetivo de este estudio es básicamente medir las actitudes de los profesionales hacia personas con enfermedad mental, tratando de confirmar y profundizar sobre resultados a este respecto que se han obtenido en investigaciones previas.

En esta misma mesa, Olimpia Díaz (psicóloga, coordinadora del centro de rehabilitación psicosocial y laboral de Toledo, Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha) trató la temática relacionada con la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia, ofreciendo los resultados de una interesantísima investigación que a este respecto están llevando a cabo desde la Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha. Finalmente, Francisco J. Ruiz (psicólogo, profesor de psicología de las universidades de Granada y La Rioja) dio una visión acerca de los instrumentos y métodos empleados para la medición de actitudes implícitas en el estudio del estigma, herramientas cada vez más empleadas en este tipo de investigaciones debido a la elevada fiabilidad y validez que demuestran.

En la conferencia de clausura de las Jornadas, el Dr. Marcelino López Álvarez (psiquiatra y sociólogo, director de programas, evaluación e investigación FAISEM) en «*lucha contra el estigma: resultados*», expuso los resultados de las múltiples iniciativas encaminadas a la reducción del estigma que FAISEM ha puesto y sigue poniendo en práctica en Andalucía. También, trató de dar una visión general acerca de las estrategias que han mostrado una mayor eficacia en la reducción del estigma asociado a la enfermedad mental, aspecto que actualmente suscita un enorme interés.

Como ya ocurrió en ediciones anteriores, durante las Jornadas se reservó un espacio importante para la participación de profesionales de Hermanas Hospitalarias, a través de la presentación de comunicaciones, pósters y proyectos de investigación, cuya calidad pudo ser reconocida a través del «*IV Premio de fomento de*

I+D+i». Finalmente se expusieron un total de 34 trabajos, divididos en 20 pósters, nueve comunicaciones y cinco proyectos de investigación, los cuales fueron expuestos a lo largo de las Jornadas.

El monográfico que les presentamos a continuación reúne los artículos correspondientes a las nueve comunicaciones que se expusieron durante las Jornadas, trabajos que versan sobre temáticas muy diversas pero, a nuestro juicio, altamente interesantes y actuales.

Las terapias de tercera generación suponen un salto evolutivo sobre la terapia cognitivo-conductual. Dentro de estos novedosos modelos se encuentra la terapia de aceptación y compromiso que estuvo representada por dos comunicaciones, concretamente: «*Revisión de la terapia de aceptación y compromiso aplicada a la psicosis*» y «*Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en personas con trastorno mental crónico. Un ensayo aleatorizado*». El primer trabajo supone una revisión sobre todas las investigaciones que han tratado de observar los efectos de dicho modelo en personas diagnosticadas de trastorno psicótico, mientras que el segundo muestra un ensayo aleatorizado en una muestra de sujetos diagnosticados de trastorno mental grave que se sometieron a dicho tratamiento.

Los Equipos de Apoyo Socio-Comunitarios (EASC) son dispositivos de nueva creación en la red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, por lo que existen pocos datos publicados acerca de su posible eficacia. Estos recursos intervienen sobre todo en el entorno del usuario, tratando de servir como mediador para la adherencia de estos a dispositivos como los SSM u otros recursos de rehabilitación, o dando atención integral a personas que por las características que presentan (p. ej., juventud, poco tiempo de desarrollo de la enfermedad) no sería aconsejable que acudieran a centros donde podrían compartir espacio y tiempo con otras personas de mayor edad o un perfil más cronicado. En la comunicación: «*De la depen-*

dencia a la autonomía: el EASC. Análisis de la experiencia del equipo de apoyo social comunitario de Puente de Vallecas», propone un acercamiento a la medida de la eficacia de estos recursos, por medio de un trabajo de investigación con metodología tanto cualitativa como cuantitativa, llevado a cabo en uno de estos dispositivos.

La vieja pregunta acerca de si las personas diagnosticadas de esquizofrenia son realmente más agresivas que las personas que no presentan dicha enfermedad, trata de ser respondida en la investigación: «*La agresividad en los pacientes con esquizofrenia*».

Es sabido que, dentro de las personas sin hogar, existe un considerable porcentaje de personas diagnosticadas de enfermedad mental crónica, personas que, por otro lado, son derivadas a los recursos de rehabilitación y que, por sus características, precisan de un abordaje diferente al de otros usuarios que no se encuentran en dicha situación. En el artículo: «*Las huellas de la enfermedad mental. Tras una historia sin hogar*», aporta importantes datos sobre la experiencia de los profesionales del centro de día y soporte social Aravaca/Moncloa, los cuales han tenido que atender a múltiples usuarios que presentaban esta particular característica.

Los usuarios a los que se atiende desde los recursos de rehabilitación pueden ser perceptores de otro tipo de servicios como, por ejemplo, el de ayuda a domicilio. Destacar que los profesionales que trabajan en dicho servicio, en ocasiones, suelen tener más contacto con otro perfil de usuario como la tercera edad, por lo que con frecuencia encontramos que no han sido formados respecto al abordaje de las personas con enfermedad mental y las particularidades que esto representa. En el artículo: «*Salud mental y programa de servicio de ayuda a domicilio de los servicios sociales de base. Pivotando sobre la rehabilitación*», profesionales de los recursos de rehabilitación de Hermanas Hospitalarias en Extremadura, exponen su experiencia sobre las cuatro formaciones que han llevado a cabo

con profesionales del servicio de ayuda a domicilio, tras petición expresa de los Servicios Sociales.

El voluntariado es, cada vez, algo más presente tanto en los centros gestionados por Hermanas Hospitalarias como en otras instituciones o empresas dedicadas a la atención de personas con enfermedad mental. El trabajo de investigación: «*Motivaciones y características de los voluntarios trabajando con enfermedad psiquiátrica*» trata de ahondar tanto en el perfil como en los objetivos que persiguen estas personas, las cuales, de forma desinteresada, brindan un gran apoyo a los recursos sanitarios y de rehabilitación psicosocial.

Para los profesionales que trabajan en el ámbito de salud mental es habitual encontrarse con personas que están incapacitadas por vía judicial, llegando a presentar una tutela integral (económica y de salud) o en ocasiones curatelas económicas o para la salud. El trabajo de rehabilitación en sí mismo pretende que la persona adquiera habilidades y competencias que, en ocasiones, se encuentran deterioradas por la enfermedad e influyen negativamente en la capacidad funcional del sujeto. Por tanto, es necesario que los usuarios recuperen sus competencias en dichas áreas con el fin de que puedan mejorar su funcionamiento psicosocial y calidad de vida. En el artículo: «*El proceso de re-integración de la capacidad legal*» se expone el caso de una usuaria atendida por el equipo de apoyo sociocomunitario de Retiro que, tras someterse a un proceso de rehabilitación, recupera las habilidades para el correcto manejo económico, área en la que anteriormente presentaba dificultades que le supusieron una curatela económica. Dicha usuaria, tras observar sus mejoras y valorarlas con el equipo de profesionales que la atienden, decide tratar de revocar la sentencia judicial apoyándose en los profesionales que la atienden. Por tanto, este trabajo nos presenta los diferentes pasos que usuaria y equipo de profesionales dieron para tratar de revocar dicha sentencia, información de gran valor puesto que estos procesos «a la inversa» no son habituales en nuestra práctica diaria.

Actualmente está tratando de probarse si el uso de ciertos avances tecnológicos como pueden ser los vídeo-juegos pueden ser efectivos en la rehabilitación de ciertos déficits. El artículo de investigación denominado: «*Efectividad del uso de la Wii Balance Board (WBB) en personas con esquizofrenia*» trata de probar si el uso de algunos vídeo-juegos realmente pueden llegar a mejorar el equilibrio de las personas diagnosticadas de esquizofrenia, capacidad que, en ocasiones, se ve afectada debido a la enfermedad.

El último capítulo: «*Análisis de variables socioculturales en la atención en una unidad hospitalaria de rehabilitación psiquiátrica*» profundiza en el estudio de otra variable del entorno de importancia cada vez mayor: la patología mental en la población inmigrante y las necesarias competencias culturales para abordarla.

Como se destacaba anteriormente, los trabajos recogidos en este monográfico solo son una parte de todos los que se presentaron en las Jornadas, trabajos de alta calidad que aportan nueva información y perspectivas, todas ellas enriquecedoras para la práctica profesional que llevamos a cabo en el día a día. Aún así, solo unos pocos pudieron ser galardonados con el «*IV Premio de fomento de I+D+i*», por lo que en la categoría de comunicaciones, el trabajo galardonado fue: «*Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en personas con trastorno mental crónico. Un ensayo aleatorizado*», mientras que los trabajos: «*Soltando libros para limpiar miradas*» y «*Terapia grupal psicoeducativa dirigida a familiares de personas con trastorno por dependencia de sustancias, vinculados a un centro de drogodependencias (CAS)*», fueron galardonados en las categorías de póster y proyecto de investigación, respectivamente.

Tras la finalización de las Jornadas, en nuestra opinión, creemos que se consiguió el objetivo último de este encuentro, el cual pasaba por tratar de impulsar a los particulares a compartir información científica de calidad que sirviera para enriquecer y mejorar la atención a las personas con trastorno mental grave.

REVISIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO APLICADA A PSICOSIS

JOSÉ LUIS ARROYO CIFUENTES

Psicólogo. Director técnico de la Línea de Rehabilitación Psicosocial, Provincia de Madrid. Hermanas Hospitalarias, Madrid. Empresa vinculada a la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

ABRAHAM ÁLVAREZ BEJARANO

Psicólogo. Centro de rehabilitación psicosocial de Retiro, Hermanas Hospitalarias, Madrid. Centro vinculado a la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

SARA DE RIVAS HERMOSILLA

Psicóloga. Facultad de psicología, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Recepción: 05-11-13 / Aceptación: 28-11-13

RESUMEN

Los síntomas psicóticos se muestran en muchos casos resistentes a la medicación y también a las intervenciones psicológicas (p. ej.: TCC) orientadas hacia la remisión de los mismos. ACT ofrece un enfoque diferente, basado, no en la eliminación de los síntomas, sino en la aceptación de las experiencias incómodas y el compromiso personal con las direcciones de valor elegidas. Para analizar las posibilidades de esta nueva perspectiva se ha realizado la presente revisión. De la búsqueda manual y computerizada se seleccionaron un total de 21 artículos que contaban con evidencia empírica de ACT y psicosis. Los datos sugieren que ACT reduce la tasa de rehospitalización, disminuye la credibilidad de las alucinaciones y aumenta la frecuencia de acciones valiosas, entre otros beneficios. Es necesaria más investigación, pero a la luz de los resultados disponibles, ACT se presenta

como un tratamiento prometedor en el abordaje de la psicosis.

Palabras clave

Terapia de aceptación y compromiso, psicosis, alucinaciones, delirios.

ABSTRACT

Too often, psychotic symptoms are resistant to pharmacological and psychological treatments which aim to remove these symptoms (i. e.: TCC). ACT suggests a different perspective, focused in the acceptance of aversive experiences and personal commitment toward chosen goals and values, instead of symptom reduction. The present research has been performed in order to assess the potential of this new perspective. After manual and computerized search, 21 studies with empirical evidence of ACT and psychosis

were selected. Results suggest that ACT decreases rehospitalization rates, hallucinations' credibility and increases the frequency of valued actions, among other benefits. Although more research is required, ACT seems a promising treatment for psychosis.

Keywords

Acceptance and commitment therapy, psychosis, hallucinations, delusions.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del espectro psicótico tienen un impacto muy profundo en la vida, no solo de las personas que los padecen, sino también de las personas que les rodean. En la actualidad, existen diversos tratamientos empíricamente validados para abordar la psicosis. Sin embargo, es sabido que los síntomas psicóticos se muestran en algunos casos extremadamente resistentes a la medicación y también a las intervenciones psicológicas orientadas hacia la remisión de los síntomas (p. ej.: terapia cognitivo-conductual). ACT ofrece un enfoque distinto, basado en la aceptación de las experiencias incómodas y en el compromiso personal con direcciones de valor elegidas. Esta nueva perspectiva podría quizás ser considerada para potenciar y enriquecer la calidad de la intervención sobre la psicosis. En este sentido, aunque hay revisiones sobre la terapia de aceptación y compromiso, no existe aún ninguna que sea específica para psicosis. Es por ello que resulta pertinente realizar una revisión del estado de la cuestión, para poder dar pasos en una u otra dirección, mejorando los tratamientos existentes, complementándolos o reemplazándolos si llegara el caso.

Como parte de la introducción se presentará en primer lugar una descripción

del origen de la terapia de aceptación y compromiso dentro del marco de la tercera generación de terapias cognitivas y de conducta. Posteriormente, se presentarán los fundamentos filosóficos y teóricos de la terapia, los principios y métodos principales y, finalmente, un resumen de la evidencia empírica general disponible.

Tres generaciones de la modificación de conducta

En la actualidad, existe una amplia diversidad de terapias psicológicas para abordar los trastornos mentales. Sin embargo, pocos modelos aspiran a validar su eficacia a través de la investigación empírica. Una de las tradiciones más consolidadas dentro de esta línea son las terapias cognitivas y de conducta. Según algunos autores (Hayes, 2004), se puede hablar de tres oleadas dentro de dicho enfoque. La primera generación hace referencia a las terapias de conducta tradicionales. Estas formas de terapia se caracterizaban por estar fuertemente ancladas en la investigación básica, principalmente en el paradigma clásico (o pauloviano) y en el paradigma operante (o skinneriano). Promovían la modificación del comportamiento a través del manejo de contingencias y se mostraron eficaces en diversos contextos (clínico, educativo, etc.). Pese a todo, presentaban limitaciones importantes a la hora de abordar eficazmente determinados trastornos, especialmente en adultos. La segunda generación emergió para intentar cubrir estas limitaciones y dio nacimiento a diversas formas de intervención que se agrupan bajo el epígrafe de «terapia cognitivo conductual». Estos modelos persiguen la modificación de la conducta (pública o visible) a través de la alteración directa de los contenidos de la cognición (ideas, creencias), pues, de acuerdo con sus postulados, la cognición ejerce una influencia causal y

mecánica sobre las acciones que realizan los individuos. La terapia cognitivo conductual (al igual que otros enfoques) enfatiza la eliminación o reducción de los síntomas, pues se entiende que la mejoría clínica tiene que ver principalmente con la remisión o atenuación de los mismos. En la tercera generación se plantea una vuelta a la investigación básica conectada con la psicopatología y los métodos clínicos. Además, plantea un énfasis, ya no centrado en la reducción o eliminación de los síntomas, sino en que la persona actúe de forma más consistente con sus valores y aspiraciones personales, aceptando las experiencias que conlleve este proceder. Quizás la más completa y representativa de estas intervenciones de tercera generación sea la terapia de aceptación y compromiso. En lo que sigue, se comentan con más detalle sus características.

Fundamentos filosóficos y teóricos de la Terapia de Aceptación y Compromiso

La terapia de aceptación y compromiso, también conocida por sus siglas en inglés (ACT), fue desarrollada por Hayes, Strosahl y Wilson (1999), inicialmente como una alternativa a la psicoterapia existente a principios de los años 90, para ayudar a personas con problemas graves de índole emocional en consultas externas donde el terapeuta no tiene un control directo sobre el ambiente donde vive el paciente. Esta orientación, que constituye un desarrollo reciente del conductismo radical de Skinner, hunde sus raíces en el sustrato filosófico del contextualismo funcional, tratándose esta de una posición filosófica monista, no mentalista, funcional, no reduccionista, e ideográfica. Desde este marco filosófico se considera al organismo como un todo siempre en acción, donde priman las funciones que controlan el comportamien-

to y donde cualquier evento debe interpretarse como un acto inseparable de su contexto actual e histórico.

La terapia de aceptación y compromiso se apoya firmemente en una moderna teoría funcional sobre el lenguaje y la cognición humana conocida como la teoría del Marco Relacional (Relational Frame Theory o RFT), desarrollada en profundidad por Hayes, Barnes-Holmes y Roche (2001), pudiendo considerarse esta como una explicación post-skinneriana del lenguaje y la cognición en los humanos. La RFT hace un especial énfasis en la investigación de tipo experimental y ayuda a entender, entre otros, fenómenos humanos como la emergencia de nuevas respuestas ante estímulos previamente neutrales en ausencia de condicionamiento directo, así como la transformación de funciones psicológicas sin la mediación directa de contingencias.

Otro punto importante es que ACT propone un modelo de psicopatología, en el que el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) se constituye como un elemento funcional y central en muchos de los trastornos incluidos en los sistemas clasificatorios formales tradicionalmente utilizados. El TEE se da cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas (los estados o sensaciones de su cuerpo, sus pensamientos, sus recuerdos, etc.) y se comporta deliberadamente para alterar, tanto la forma o frecuencia de tales experiencias, como las condiciones que las generan. Aunque este patrón comportamental pueda resultar aparentemente efectivo a corto plazo (por cuanto consigue reducir o eliminar temporalmente el malestar y, por tanto, da la razón o potencia la estrategia perseguida), si se convierte en crónico llega a producir una limitación en la vida personal (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Luciano & Hayes, 2001).

Principios y métodos esenciales en ACT

El objetivo principal de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es generar flexibilidad psicológica. Por flexibilidad psicológica se entiende la habilidad de contactar plenamente con el momento presente y de persistir en las acciones encaminadas hacia fines valiosos para la persona (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). Para ello es preciso modificar los rígidos repertorios de conducta que caracterizan el TEE. ACT promueve así la aceptación de las experiencias dolorosas o incómodas (pensamientos, recuerdos, emociones, etc.) cuando los intentos por controlarlas son vanos y contraproducentes a largo plazo.

El trabajo terapéutico que se realiza en ACT abarca dos grandes dimensiones:

1. La clarificación de los valores de la persona.
2. La promoción de la defusión cognitiva en aras de implicar al paciente en direcciones de valor elegidas cuando las experiencias incómodas están presentes.

La clarificación de los valores se implementa a través de las siguientes fases: desesperanza creativa, clarificación de valores y promoción de la actitud de estar abierto a la experiencia aversiva. El propósito de la desesperanza creativa es facilitar la identificación de los efectos a corto y largo plazo de las respuestas disfuncionales que emite el paciente en presencia del malestar. Estas respuestas acostumbran a ser esfuerzos (conscientes o no conscientes) por controlar o evitar dicho malestar que traen beneficios a corto plazo (p. ej.: alivio del malestar) pero que resultan inefectivos a largo plazo e implican además un coste personal significativo. En ACT, es de gran importancia

que el paciente experimente la futilidad de todos los esfuerzos que pone en marcha (a veces desde hace décadas) por reducir, controlar o evitar determinadas experiencias incómodas. El propósito de la clarificación de valores es facilitar la identificación de lo que es importante en la vida de la persona. Se introducen las condiciones para que el paciente contacte con sus valores personales en las distintas áreas de la vida (las relaciones interpersonales, el trabajo, el ocio, etc.). Asimismo, se concretan las metas y las acciones específicas que pueden dar expresión a dichos valores. Finalmente, se promueve la actitud de estar abierto a las experiencias desagradables. Esta fase se implementa después de haber revisado con el paciente la ineficacia a largo plazo de las estrategias de control que está utilizando para manejar las experiencias incómodas. La actitud de estar abierto se plantea siempre como una alternativa a las estrategias de control y se promueve solamente cuando el abuso de dichas estrategias implica un coste significativo a largo plazo para el paciente.

La defusión cognitiva consta de dos dimensiones: la desliteralización de los contenidos de la cognición y la experiencia del yo-como-contexto. Las técnicas de desliteralización ayudan al paciente a ver los pensamientos como pensamientos, las emociones como emociones, etc., en lugar de como hechos. ACT no persigue en ningún caso alterar directamente la forma o contenido de la cognición (ideas, creencias, etc.). En lugar de eso, intenta debilitar la influencia de dichos contenidos sobre el comportamiento (público) de la persona. La experiencia del yo-como-contexto consiste en establecer contacto con esa dimensión de la persona que no varía a través de las experiencias y que actúa como contexto o contenedor de todas sus experiencias. Gracias a esta vivencia, el paciente aprende a distanciarse psicoló-

gicamente de las experiencias incómodas o limitantes que suele vivenciar. El objeto de este distanciamiento no es reducir el malestar: lo que se pretende es generar el suficiente espacio psicológico para que el paciente pueda elegir entre evitar dicho malestar (y no dar expresión a lo que valora) y comportarse de manera consistente con sus valores a pesar de dicho malestar. Es importante resaltar que ACT no busca la reducción directa de las experiencias incómodas o limitantes. En lugar de eso promueve la habilidad de comportarse de manera congruente con los propios valores aun cuando dichas experiencias están presentes.

Para alcanzar estos objetivos, ACT utiliza paradojas, metáforas y ejercicios experienciales. Los ejercicios de exposición experiencial son muy importantes en ACT. Sin embargo, es importante destacar que tienen una lógica diferente a la de las terapias de primera y segunda generación. Mientras que las técnicas clásicas de exposición persiguen la reducción (directa) del malestar, en ACT este tipo de técnicas se utilizan con el objetivo de entrenar a los pacientes a contactar con el malestar y elegir actuar en una dirección valiosa (para una descripción detallada del trabajo terapéutico, ver Hayes et al., 1999; Wilson, & Luciano, 2002).

Evidencia empírica de ACT

Se han realizado diversas revisiones y meta-análisis de la literatura sobre ACT en general (Hayes et al., 2006; Öst, 2008; Gaudiano, 2010; Powers et al., 2009; Ruíz, 2010), la mayoría de las cuales ha centrado su interés en los estudios de eficacia. La última y más completa de todas ellas es la de Ruíz (2010), en la cual se revisan también otros diseños (estudios de caso, estudios correlacionales, estudios experimentales y de componentes). Se presentarán brevemente las conclusio-

nes de dicho trabajo para ofrecer una panorámica general de ACT antes de abordar la evidencia disponible concretamente para psicosis.

En relación a los estudios de eficacia, Ruíz concluye que ACT parece ser eficaz en un amplio número de problemas y trastornos psicológicos, todos los cuales tienen en común el patrón de la evitación experiencial y de la fusión cognitiva. En general, los tamaños del efecto son altos y, típicamente, son incluso mejores durante el seguimiento. Además, cabe destacar que un buen número de estudios ha aplicado intervenciones extremadamente cortas con resultados, no obstante, significativos. La comparación entre ACT y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) aún se encuentra en sus comienzos. Sin embargo, Ruíz afirma que la evidencia empírica disponible es prometedora para ACT. Algunos estudios sugieren que ACT y TCC tienen efectos similares (p. ej.: Forman et al., 2007; Zettle & Rains, 1989), mientras que otros sugieren mejores resultados para ACT (p. ej.: Block, 2002; Branstetter et al.: 2004; Hernández López et al.: 2009). En cualquier caso, se necesita un mayor número de estudios y también estudios con un diseño experimental más potente (muestras más amplias, estudios conducidos desde laboratorios de ACT y de TCC respectivamente, etc.).

Es destacable el énfasis que han puesto los investigadores de ACT en relación a los procesos de cambio, estudiando así los procesos básicos. En general, los datos de estas investigaciones sugieren que ACT está funcionando según los procesos que hipotetiza: la reducción de la evitación experiencial y de la fusión cognitiva. Esto es muy relevante, teniendo en cuenta la reducida evidencia empírica sobre procesos que hay en otras terapias (p. ej.: TCC). De acuerdo con Ruíz (2010), la evidencia empírica disponible que se

deriva de los estudios experimentales y de componentes en ACT permite extraer las siguientes conclusiones:

1. Los participantes con niveles altos de evitación experiencial responden de forma diferente a varias tareas experimentales (p. ej.: toleran menos la estimulación aversiva).
2. Los protocolos breves basados en la aceptación y los valores son eficaces a la hora de mejorar el rendimiento en dichas tareas experimentales.
3. Se ha encontrado un mayor efecto en los protocolos ACT que en los protocolos control.

Por otro lado, la revisión de los estudios correlacionales también apoya notablemente el modelo de ACT: el constructo de evitación experiencial parece estar asociado a un amplio número de trastornos psicológicos. Además, se ha visto que actúa como mediador en múltiples casos. Como cierre, es interesante notar que los resultados de los estudios correlacionales son muy coherentes con los de los estudios experimentales y de componentes. Precisamente por la situación alentadora en la que se encuentra ACT en sus comienzos, aportando evidencia empírica a favor de la terapia, tanto en lo aplicado como en la investigación básica y con muy buenos resultados incluso en el seguimiento, esperamos encontrar estos mismos resultados en el campo de la psicosis.

MÉTODO

Se realizaron búsquedas sistemáticas en las bases de datos Medline y Psycinfo, así como a través del buscador Google académico en relación a la terapia de aceptación y compromiso y la psicosis. Todas las búsquedas se realizaron en idioma inglés, pues incluso los artículos

escritos en español incluyen sus palabras clave y el resumen en inglés para las bases de datos. Por lo tanto, para la búsqueda se introdujeron varias combinaciones de descriptores y palabras clave como las siguientes (entre paréntesis aparece el número de entradas encontradas): *psychotic* (26); *schizophrenia* (20); *chronic mental* (3); *psychosis* (36); *delirium* (2) y *hallucinations* (25), siempre combinadas con las palabras *acceptance and commitment*. También se realizaron búsquedas manuales en los recursos de la página de la ACBS (Association for Contextual Behavioral Science) recogiendo todos los trabajos que relacionaban de alguna forma ACT con psicosis (25). No se restringieron las fechas, obteniendo así todas las publicaciones disponibles desde que comenzó la terapia hasta el momento actual. Dentro de los estudios encontrados se seleccionaron aquellos que aportaban evidencia empírica y se eliminaron aquellos que se encontraban duplicados entre las distintas opciones de búsqueda. Finalmente se rescataron un total de 21 estudios.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los estudios resultantes del procedimiento de búsqueda anteriormente descrito, clasificándolas en función de la metodología que se utiliza (para una visión global, ver la tabla I).

Estudios correlacionales

En el acercamiento al entendimiento de la psicosis, se han realizado estudios que tratan de esclarecer la relación entre los síntomas más frecuentes (p. ej.: las ideas delirantes, la anhedonia social o la ansiedad) y los factores relevantes desde postulados funcionales (p. ej.: la flexibili-

TABLA I
Cuadro resumen de los 21 estudios revisados

Autores (año)	Metodología	N (tipo)	Resultados principales
Oliver et al. (2001)	Correlacional	700 (normales)	Los esquemas negativos predicen niveles más altos de pensamiento delirante. La ansiedad medió la relación entre los esquemas negativos, y el pensamiento delirante y la flexibilidad psicológica resultó ser una variable moderadora en este efecto.
Gaudiano et al. (2010)	Correlacional	40 (psicosis)	La credibilidad de las alucinaciones tras el tratamiento mediaron significativamente el efecto de la condición de tratamiento y el malestar asociado a las alucinaciones.
Goldstone et al. (2011)	Correlacional	133 (normales) / 100 (psicosis)	La evitación experiencial (EE) media en la relación entre problemas vitales y delirios y angustia asociada a los delirios en ambas muestras.
Vilardaga, Roger; Estévez, Ana; Levin, Michael E.; Hayes, Steven C. (2012)	Correlacional	110 (estudiantes)	La respuesta relacional deficiente, la empatía y la EE están asociados con la anhedonia representando el 26 % de la varianza total.
White, Ross G.; Gumley, Andrew I.; McTaggart, Jacqueline; Rattrie, Lucy; McConville, Deirdre et al. (2013)	Correlacional	30 (psicosis)	La ansiedad y la depresión correlacionan con la flexibilidad psicológica y la atención plena. La flexibilidad psicológica, a diferencia de la atención, predicía de manera significativa el 46 % de la varianza en la depresión y las puntuaciones de ansiedad.
García, Pérez e Hidalgo (2003)	Experimental	71 (normales)	La supresión repetida de pensamientos auto-discrepantes tiene un considerable efecto sobre la viveza con la que los sujetos referían escuchar palabras o frases.

TABLA I (continuación)
Cuadro resumen de los 21 estudios revisados

Autores (año)	Metodología	N (tipo)	Resultados principales
García-Montes y Pérez-Álvarez (2001)	Caso único	1 (psicosis: alucinaciones auditivas)	Desaparición de alucinaciones e incremento en la frecuencia de acciones valiosas.
Hernández, García-Montes, Luciano y Gómez (2003)	Caso único	1 (psicosis: alucinaciones auditivas y delirios)	Desaparición de alucinaciones a partir de la sesión 7 e incremento en la frecuencia de acciones valiosas.
García-Montes, Luciano, Hernández y Zaldívar (2004)	Caso único	1 (psicosis: delirios y ansiedad)	Desaparición de verbalizaciones delirantes a partir de la sesión 22 e incremento de acciones valiosas.
Veiga-Martínez, Pérez-Álvarez y García-Montes (2008)	Caso único	1 (psicosis: alucinaciones auditivas)	Resultados positivos en cuanto a mejora de alucinaciones y delirios, así como en la frecuencia de comportamientos valiosos (asistencia al trabajo, incremento en su red social).
García-Montes, J. M. y Pérez-Álvarez, M. (2010)	Caso único	1 (psicosis con predominio de sintomatología negativa)	Se produce una mejoría en la frecuencia de acciones valiosas.
Boly et al. (2011)	Caso único	1 (psicosis: delirios paranooides, angustia)	Se producen mejorías en malestar general, la severidad, la intensidad de los pensamientos delirantes y en la frecuencia de acciones valiosas.
Bach (2001)	Eficacia	80 (psicosis)	El protocolo de breve de ACT mostró un 50% menos de rehospitalizaciones tras un seguimiento de cuatro meses. Además, el grupo de ACT consigue menor credibilidad a sus síntomas.

Bach y Hayes (2002)	Eficacia	80 (psicosis)	Ídem.
Bach et al. (2012)	Eficacia	80 (psicosis)	Los participantes de la condición de ACT mostraron un índice menor de nuevos ingresos que los participantes en la condición del tratamiento habitual tras un período de seguimiento de cuatro meses y de un año.
Gaudiano (2004)	Eficacia	42 (psicosis)	El grupo ACT mostraba mejora en síntomas afectivos, mejora global, menor deterioro del funcionamiento social, y menor estrés asociado a las alucinaciones. Además un n.º mayor en ACT alcanzaron mejoría significativa clínica en los síntomas en el momento del alta. Las rehospitalizaciones fueron menores en el grupo de ACT (28 % vs. 45 %) tras un seguimiento de cuatro meses. En el grupo de ACT se dio un decremento en la credibilidad de las alucinaciones, y este cambio en la credibilidad estaba fuertemente asociado al estrés producido por las alucinaciones.
Gaudiano y Herbert (2006)	Eficacia	40 (psicosis)	Ídem.
Sheets (2010)	Eficacia	4 (psicosis)	ACT estuvo asociada a reducciones de delirios y de los síntomas genéricos de la esquizofrenia en tres de los cuatro participantes.
Lassen (2011)	Eficacia	28 (psicosis)	No hay diferencias entre las dos condiciones de tratamiento en los niveles de ansiedad.
White et al. (2011)	Eficacia	27 (psicosis)	Una proporción mayor del grupo ACT pasó de estar deprimida al principio de la intervención a no estarlo durante el seguimiento. Además, el grupo ACT mostró un incremento mayor de las habilidades de <i>mindfulness</i> , una reducción mayor de la sintomatología negativa y menos frecuencia de crisis durante el estudio.
Shawyer et al. (2012)	Eficacia	43 (psicosis)	Las distintas condiciones fueron beneficiosas.

dad psicológica, la respuesta déctica o la atención plena). Respecto a las ideas delirantes, uno de los síntomas más frecuentemente asociados a la psicosis, contamos con el estudio de Oliver et al. (2001). Estos autores utilizaron un diseño longitudinal en una muestra de 700 sujetos sanos y estudiaron el papel modulador de la flexibilidad psicológica sobre la capacidad de los esquemas negativos para activar pensamientos delirantes ante el estado de ánimo disfórico. Para ello, se aplicaron en el momento inicial pruebas para evaluar esquemas cognitivos, pensamiento delirante, estado de ánimo y flexibilidad psicológica, y a los seis meses se volvieron a aplicar las mismas pruebas a una submuestra de 204 participantes. Los resultados indicaron que los esquemas negativos predijeron significativamente niveles más altos de pensamiento delirante. La ansiedad medió la relación entre los esquemas negativos, y el pensamiento delirante, y la flexibilidad psicológica resultó ser una variable moderadora en este efecto. El análisis longitudinal mostró que la ansiedad en el momento inicial predijo la ideación delirante más adelante. Además, se vio que el efecto de los esquemas negativos en la ideación delirante a través del tiempo estaba totalmente mediado por la ansiedad en el segundo momento. Estos resultados resaltan la importancia de intervenir sobre la ansiedad y sobre los patrones de comportamiento rígidos para prevenir el riesgo y el impacto de la ideación delirante.

Como en el trabajo anterior, Goldstone et al. (2011), estudiaron la relación entre la ideación delirante y la evitación experiencial, como mediador potencial esta vez de los problemas vitales y la aparición de ideas delirantes. Los participantes estaban agrupados en una muestra no clínica (N = 133) y una muestra clínica de pacientes con psicosis (N = 100). El análisis de los resultados mostró un efec-

to de mediación significativo de la evitación experiencial en la relación entre problemas vitales y delirios y angustia asociada a los delirios en ambas muestras. Los resultados sugieren que los individuos (al margen de su estatus clínico) con tendencia a suprimir o evitar los pensamientos indeseados son significativamente más propicios a experimentar delirios angustiosos en respuesta a eventos vitales estresantes.

Por otro lado, Vilaradaga, Estévez, Levin y Hayes (2012) realizaron un estudio en el que trataron de explorar la relación entre la anhedonia social, la respuesta relacional déctica, la empatía, y la evitación experiencial. Para ello se utilizaron una muestra de estudiantes universitarios (N = 110) de una universidad española que completaron autoinformes de anhedonia social, empatía y la evitación experiencial. La respuesta relacional déctica se midió a través del rendimiento en una tarea conductual. Los análisis de regresión múltiple indicaron que la respuesta relacional déctica, la empatía y la evitación experiencial guardan una fuerte asociación con la anhedonia social, representando el 26% de la varianza total, y una mínima superposición entre sí. Estos datos apoyan la utilidad de estos procesos como predictores de anhedonia, lo que sugiere nuevos objetivos psicológicos para su prevención y tratamiento. Además, los autores señalan la importancia del estudio de estos procesos en el desarrollo de la psicosis.

En un estudio reciente, White, Gumley, McTaggart, Rattrie, McConville, et al. (2013), presentaron un nuevo estudio sobre el papel de la flexibilidad psicológica y la atención plena, esta vez como mediadora de la ansiedad y depresión secundarias a la psicosis. Para ello utilizaron una muestra de 30 personas que fueron evaluadas utilizando la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), la Es-

cala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS), el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ II) y el Inventario de Habilidades Mindfulness Kentucky (KIMS). Los autores encontraron que tanto la ansiedad como la depresión correlacionan con la flexibilidad psicológica y la atención plena. En los análisis de regresión jerárquica utilizados se encontró que la flexibilidad psicológica, y no la atención plena, predecía de manera significativa el 46 % de la varianza en la depresión y las puntuaciones de ansiedad.

Estudios experimentales

El único estudio identificado como experimental es el realizado por García, Pérez y Fidalgo (2003) en el que trataron de esclarecer los mecanismos implicados en la formación de alucinaciones auditivas en personas con psicosis. Para ello estudiaron el efecto que la supresión y la focalización de pensamientos molestos tiene sobre la claridad y viveza de las ilusiones auditivas en una muestra de sujetos normales. Con este objetivo los autores utilizaron una muestra de 71 sujetos «normales» que asignaron aleatoriamente a un grupo de supresión o a otro de focalización de pensamientos con distinto grado de auto-discrepancia en tareas instruidas para ser llevadas a casa durante las siguientes 48 horas. Posteriormente se presentó de forma individual a los participantes una estimulación auditiva no vocal, ante la cual los sujetos debían referir si escuchaban alguna pauta vocal, y en su caso, la claridad o viveza con la que lo hacían. Los resultados mostraron cómo la supresión repetida de pensamientos auto-discrepantes tenía un considerable efecto sobre la viveza con la que los sujetos referían escuchar palabras o frases. Aquellos participantes que habían suprimido de forma reiterada pensamientos auto-discrepantes, percibían ilusiones auditi-

vas con mucha más claridad que los sujetos que habían llevado a cabo la tarea de focalización o aquellos otros que habían suprimido pensamientos no discrepantes. Estos resultados son interpretados por los autores como indicativos de que la supresión de pensamientos auto-discrepantes y la atribución externa implicada en las alucinaciones auditivas formarían parte de la misma clase funcional, invocando expresamente a la noción de Evitación Experiencial (EE) como concepto clave a la hora de entender las experiencias alucinatorias auditivas que se presentan como un carácter ego-discrepante.

Estudios de caso

El primero de los artículos seleccionados corresponde a García-Montes y Pérez-Álvarez (2001). En él se expone la intervención con una persona de 17 años diagnosticada de psicosis esquizofrénica. El tratamiento desde la perspectiva de ACT se aplicó en un formato individual durante 18 sesiones. Los resultados indicaron que se consiguió una reducción en la frecuencia de los fenómenos alucinatorios, llegando a desaparecer durante un período de tres meses, a pesar de la reducción de la medicación neuroléptica en un 40 %. Respecto a la conducta del paciente en relación a sus metas y valores, los autores informan de la presencia de cambios significativos como que el paciente consiguiera retomar sus estudios que había abandonado antes de la terapia, así como el planteamiento de nuevas metas y objetivos. Los autores destacan las oportunidades que ofrece actuar en casos de síntomas psicóticos a través de ACT. También exponen los problemas de su aplicación en una cultura clínica como la dominante, la cual está principalmente orientada al control de la sintomatología como requisito previo para que la persona actúe.

Más tarde Hernández, García-Montes, Luciano y Gómez (2003) desarrollaron una intervención a través de ACT con una mujer de 17 años diagnosticada de esquizofrenia que recibía tratamiento farmacológico desde los 13 años, y había tenido dos ingresos hospitalarios. La sintomatología principal que presentaba la paciente antes de la intervención fueron alucinaciones auditivas y delirios. Además, la paciente mostraba un nivel de actividad muy bajo, permaneciendo inactiva la mayor parte del día sin desarrollar actividades productivas como estudiar o trabajar. La intervención fue realizada durante 19 sesiones, en la que intervinieron tanto el usuario como la familia. Los resultados muestran que, a partir de la sesión 3, la paciente comenzó a realizar acciones en dirección a sus valores, que fueron en aumento a lo largo de la intervención y el seguimiento. Las voces se redujeron hasta remitir por completo a partir de la sesión 7. En la última sesión de seguimiento, la paciente llevaba un año sin tomar fármacos y había recuperado muchas facetas valiosas perdidas como el trabajo, pareja y otras relaciones interpersonales.

García-Montes, Luciano, Hernández y Zaldívar (2004) presentan también una intervención desarrollada con una mujer de 28 años que vivía con su familia. Los síntomas más destacados que presentaba eran delirios, niveles elevados de ansiedad, componentes motorices muy rígidos y actitud de ensimismamiento en sus delirios. En general, afirmaba no estar contenta con su vida y la necesidad de que «le quitasen ciertos pensamientos de su cabeza». Apenas salía con sus amigos, la relación con sus padres era mala, no salía de casa y no confiaba en la gente. Los resultados indican una reducción de las verbalizaciones delirantes que se da desde el comienzo de la intervención, llegando a desaparecer a partir

de la sesión 22. A su vez, se observa un aumento de las actuaciones en dirección a valores.

Los estudios de caso presentados, son aplicaciones de ACT generalmente desde el contexto de las clínicas universitarias, siendo escasas las referencias que informen de intervenciones desarrolladas desde el contexto clínico del sistema sanitario. Desde esta perspectiva Veiga-Martínez, Pérez-Álvarez y García-Montes (2008), presentan la intervención desarrollada desde un centro del sistema de salud mental de la red pública. El paciente es un hombre de 30 años de edad, con diagnóstico de esquizofrenia desde hacía seis años y que participaba desde hacía tres años en programas de rehabilitación psicosocial. Aunque recibía tratamiento farmacológico desde hacía años, presentaba un estado de ánimo depresivo leve, y alucinaciones auditivas y delirios, siendo el principal problema las alucinaciones, ya que según el paciente le impedían ir a trabajar o continuar con el resto de sus actividades de rehabilitación. La intervención se desarrolló en 15 sesiones de 50 minutos y durante un período de seis meses. Los autores informan de resultados positivos en cuanto a mejora de alucinaciones y delirios, así como en la frecuencia de comportamientos valiosos como la asistencia al trabajo y el incremento en su red social.

Baruch et al., 2009, presentan un caso de un paciente de 21 años con síntomas depresivos, alucinaciones y aislamiento social grave en el que se ilustra el trabajo conjunto en psicosis desde los postulados de ACT y la psicoterapia analítica funcional (FAP). Se concluye que la conjunción de ambas estrategias terapéuticas puede ser un enfoque prometedor en el tratamiento de personas que experimentan psicosis.

Boly et al., 2011 presentan una intervención con ACT en una persona con

psicosis que experimenta delirios paranoides con angustia asociada. Se tomaron medidas del malestar general, la severidad y la intensidad de los pensamientos delirantes antes y después de la intervención. Todas las medidas mostraron mejoría tras la intervención, aunque los síntomas no remitieron totalmente. Además, el cliente reportó mejorías significativas en el número de acciones valiosas. Los autores señalan que, aunque no persigue directamente la erradicación de los síntomas, ACT puede ser una intervención eficaz en la reducción de los mismos. Como se esperaba, ACT también puede facilitar el comportamiento consistente con los valores personales, a pesar de la presencia de síntomas psicóticos.

Por último, J. M. García-Montes y M. Pérez-Álvarez (2010) muestran la intervención desde ACT en una persona de 28 años con un diagnóstico de esquizofrenia con predominio de sintomatología negativa, y en tratamiento farmacológico desde hace 11 años. La intervención se desarrolló a lo largo de cinco meses con una frecuencia de dos sesiones por semana, siguiéndose los objetivos principales propios de ACT. Los resultados muestran un incremento notable de las actividades del paciente, a pesar de que los niveles de las experiencias referidas que le molestaban no tuvieron mejoría.

A largo plazo, la actividad aumentó y logró conseguir varios objetivos valorados por el paciente como, por ejemplo, trabajar y ampliar sus relaciones sociales y el desarrollo de actividades de ocio. Los autores resaltan la importancia de estos resultados si se atiende al hecho de que este paciente no estuvo bajo ningún tratamiento farmacológico mientras duró el tratamiento con ACT. Esto permitió atribuir los beneficios terapéuticos más claramente a la intervención realizada.

Estudios de eficacia

Los primeros estudios de eficacia controlados y aleatorizados en el tratamiento de personas con psicosis a través de ACT corresponden a los estudios de Bach (2001) y Bach y Hayes (2002), en el que 80 pacientes hospitalizados con síntomas psicóticos positivos se asignaron al azar a un tratamiento de mejora convencional o a un tratamiento de mejora convencional más cuatro sesiones de ACT. Los resultados indican que el protocolo breve de ACT mostró un 50 % menos de rehospitalizaciones tras un seguimiento de cuatro meses. Además, los pacientes asignados al tratamiento mediante ACT le dieron menor credibilidad a sus síntomas y era más probable que informaran de sus síntomas que en el otro grupo.

Más recientemente (Bach et al., 2012), utilizando como base el diseño del estudio anterior, amplían el período de seguimiento a un año, en lugar de los cuatro meses del estudio previo y se incorporó un análisis más extenso (número de ingresos previos, la duración del ingreso actual). Los resultados indicaron que los participantes de la condición de ACT mostraron un índice menor de nuevos ingresos que los participantes en la condición del tratamiento habitual tras un período de seguimiento de cuatro meses y de un año.

En otros dos estudios, Gaudiano y colaboradores (Gaudiano, 2004; Gaudiano y Herbert, 2006), replican y extienden los hallazgos de Bach y Hayes (2002). Para ello, se asignaron al azar a 40 pacientes con síntomas psicóticos hospitalizados bien a un tratamiento de mejora convencional o a un tratamiento de mejora convencional y ACT en un formato individual. Después de ser dados de alta del hospital se compararon ambas condiciones. Los resultados indicaron que en todos los grupos se mostraron mejo-

rías, pero en el grupo de ACT los pacientes mostraban mejoras en síntomas afectivos, mejora global, menor deterioro del funcionamiento social, y menor estrés asociado a las alucinaciones. Además, se encontró que un mayor número de pacientes en la condición ACT alcanzaron mejoría significativa clínica en los síntomas en el momento del alta. En cuanto al efecto sobre las rehospitalizaciones se halló que fueron menores en el grupo de ACT (28 % vs. 45 %) tras un seguimiento de cuatro meses. También se encontró que, en el grupo de ACT, se dio un decremento en la credibilidad de las alucinaciones, y este cambio en la credibilidad estaba fuertemente asociado al estrés producido por las alucinaciones.

Posteriormente, Gaudiano y colaboradores (2010) desarrollaron un estudio cuyo propósito era dar luz sobre las variables que median en el desarrollo de las intervenciones. Para ello, utilizaron los datos de la investigación anterior (Gaudiano y Herbert, 2006). Los resultados indicaron que la credibilidad de las alucinaciones tras el tratamiento mediaron significativamente el efecto de la condición tratamiento y el malestar asociado a las alucinaciones. La frecuencia de las alucinaciones, sin embargo, no medió sobre dicho efecto.

Dicho estudio ha de ser considerado como un primer paso hacia el esclarecimiento de los mecanismos potenciales de acción en el tratamiento psicológico de la psicosis.

Sheets (2010) realizó un estudio piloto de la eficacia de ACT en delirios, utilizando una muestra de cuatro participantes diagnosticados de esquizofrenia paranoide que recibieron tratamiento habitual y ocho sesiones de tratamiento. La intervención ACT estuvo asociada a una reducción de los delirios y de los síntomas genéricos de la psicosis en tres de los cuatro participantes.

En otro estudio de eficacia sobre el tratamiento de la ansiedad en personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno asociado con la presencia de síntomas psicóticos, Lassen (2011) utilizó un diseño cuasi-experimental con un grupo control sin tratamiento. Se seleccionaron 28 participantes que fueron asignados al azar, o bien al tratamiento habitual, o bien al grupo de ACT desarrollado en cuatro sesiones grupales y tratamiento habitual. Se tomaron medidas de ansiedad a través del STAI y se hipotetizó que los participantes en el grupo de ACT tendrían niveles de ansiedad inferiores al finalizar la intervención. Los resultados no confirmaron la hipótesis. Aunque los autores presentan posibles razones para explicar los resultados encontrados, como el pequeño tamaño de la muestra o el carácter breve del protocolo de ACT utilizado. Hay que resaltar que los resultados encontrados son congruentes con los resultados esperados en ACT, en cuanto a que el foco del tratamiento no se sitúa en la eliminación de los síntomas, sino en el desarrollo del comportamiento consistente con los valores personales a pesar de la presencia de los síntomas.

White et al. (2011) también estudiaron el efecto de ACT en las disfunciones emocionales en personas con psicosis; a través de una investigación piloto. La muestra que estaba formada por 27 participantes con psicosis fueron asignados aleatoriamente, o bien a diez sesiones de ACT más tratamiento habitual, o bien solo a tratamiento habitual. Se utilizaron diversas medidas de línea base y en un seguimiento a los tres meses después de la intervención. Los resultados mostraron que una proporción mayor del grupo ACT pasó de estar deprimida al principio de la intervención a no estarlo durante el seguimiento. Además, el grupo ACT mostró un incremento mayor de las habilidades de *mindfulness*, una reducción

mayor de la sintomatología negativa y menos frecuencia de crisis durante el estudio. Los cambios en las habilidades de *mindfulness* correlacionaron positivamente con los cambios en depresión.

Finalmente, en un estudio algo diferente, Shawyer et al. (2012) se proponen evaluar si la terapia cognitivo-conductual implementada con estrategias derivadas de ACT mejora los tratamientos cognitivo-conductuales a la hora de reducir el impacto negativo de las órdenes alucinatorias. Cuarenta y tres participantes con alucinaciones auditivas centradas en órdenes fueron asignados aleatoriamente, o bien a 15 sesiones de la intervención «TORCH» (tratamiento de las órdenes alucinatorias resistentes), o bien a un grupo control (*Befriending*). Posteriormente se realizó un seguimiento de seis meses. Además, un subgrupo de 17 participantes fue asignado aleatoriamente a un grupo de lista de espera antes de ser asignado a TORCH o al grupo de control (*Befriending*). Aunque los participantes de TORCH reportaron una mayor mejoría subjetiva en las órdenes alucinatorias comparados con el grupo de control (*Befriending*), el estudio no encontró diferencias grupales en las medidas primarias y secundarias. Los análisis y las comparaciones entre grupos entre los tratamientos combinados y el grupo en lista de espera sugirieron, no obstante, que ambos tratamientos fueron beneficiosos con un patrón diferente de resultados observados a través de las dos condiciones.

DISCUSIÓN

La revisión de los estudios de eficacia y de caso abarca un período de aproximadamente una década. A la luz de los resultados, se puede afirmar que ACT parece constituir un tratamiento prometedor en el campo de la psicosis, tal y como

sucede en el contexto de otros tipos de trastornos y problemáticas. Los estudios analizados muestran sus efectos positivos reduciendo la tasa de rehospitalización, disminuyendo la credibilidad de las alucinaciones y aumentando la frecuencia de acciones valiosas, entre otras cosas. Aunque el objetivo central de ACT no es reducir la sintomatología, muchos de los estudios revisados también lograron reducirla.

Y cabe destacar que algunas de las intervenciones fueron muy breves, con resultados no obstante significativos, lo que podría ser indicativo de la posible facilidad de aplicación y/o integración al sistema habitual de tratamiento.

Sin embargo, es preciso resaltar algunas de las limitaciones que aún se dan en este campo, principalmente dada la juventud de la terapia. En primer lugar, la validación empírica de ACT en el campo de la psicosis se encuentra todavía en una fase preliminar. Aunque existen un buen número de trabajos, muchos de ellos son aún pilotos y exploratorios. Es necesario mejorar el control experimental de los estudios de eficacia si se pretende alcanzar los criterios de la APA para los tratamientos empíricamente validados (Chambless & Ollendich, 2001). Concretamente, se recomienda trabajar en los estudios futuros con muestras más grandes, mejores grupos de control (p. ej.: tratamientos validados, conducidos por sus respectivos laboratorios), abarcar períodos de seguimiento más extensos y emplear medidas más congruentes con la filosofía de ACT (p. ej.: registros de acciones valiosas, medidas conductuales).

Por otro lado, casi todos los estudios revisados se centran en las alucinaciones y los delirios, prestando por lo general nula atención a otros aspectos como la anhedonia, la abulia, etc. Es por eso que también se recomienda el abordaje

de dichos aspectos en futuras investigaciones.

En relación al estudio de los procesos de cambio, la investigación es aún muy incipiente. Existen muy pocos estudios, la mayor parte de los cuales son correlacionales, por lo que se recomienda a los investigadores poner un mayor interés en esta tipología de estudios de cara al futuro. Por el momento, predomina la utilización de muestras no clínicas en los estudios correlacionales, lo cual es comprensible teniendo en consideración la dificultad para acceder a muestras más grandes de la población psicótica. Esta línea de investigación es de gran interés, pues puede arrojar luz sobre los procesos que dan origen a los síntomas psicóticos, pero se espera un mayor predominio de muestras clínicas en futuros trabajos, a ser posible más grandes que en los estudios actuales.

Poco puede decirse acerca de la investigación centrada en los componentes específicos de ACT dentro del campo de la psicosis. De acuerdo con los supuestos de ACT es preciso impulsar encarecidamente este tipo de investigación. De hecho, la carencia de este tipo de estudios en el contexto de las terapias de segunda generación es una de las críticas principales que sostienen los autores de ACT. A pesar de lo señalado, cabe mencionar que existe un amplio número de estudios experimentales y de componentes de ACT en relación a otros trastornos y que la terapia de aceptación y compromiso hipotetiza que los mecanismos de cambio no difieren sustancialmente entre los trastornos psicóticos y los demás, pues más allá de las diferencias topográficas que existen entre ellos, ambos comparten el mismo patrón funcional; a saber, el trastorno de evitación experiencial, por lo que se presume que los resultados de estas investigaciones previas apoyarían teóricamente la aplicabilidad a este trastorno igualmente.

CONCLUSIÓN

La terapia de aceptación y compromiso se presenta como un tratamiento prometedor en el campo de la psicosis. En el momento actual, la evidencia empírica disponible no es suficiente para considerarla un tratamiento empíricamente validado, pero es preciso tener en consideración la juventud de ACT y el elevado número de estudios que ha generado durante su aún breve trayectoria, por lo que se insta a realizar más investigaciones futuras en este campo. Como ya se ha dicho, los síntomas psicóticos se muestran en ocasiones extremadamente resistentes a la medicación. ACT ofrece un enfoque diferente basado, no en la remisión de los síntomas, sino en la aceptación de las experiencias incómodas y el compromiso personal con las direcciones de valor elegidas. Esta nueva perspectiva podría añadirse a los tratamientos actualmente vigentes para potenciar y enriquecer la calidad de la intervención sobre la psicosis.

BIBLIOGRAFÍA

Alemán A, Larøi F. Insights into hallucinations in schizophrenia: Novel treatment approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2011;11(7):1007-1015.

Bach PA, Gaudiano B, Pankey J, Herbert JD, Hayes SC. Acceptance, mindfulness, values, and psychosis: Applying acceptance and commitment therapy (ACT) to the chronically mentally ill. *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. San Diego, CA, US, Elsevier Academic Press; 2006: 93-116.

Bach PA. Acceptance and commitment therapy in the treatment of symptoms of psychosis. *Dissertation Abstracts Interna-*

tional: Section B: The Sciences and Engineering; 2001.

Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70(5):1129-1139.

Bach P, Hayes SC, Gallop R. Long-term effects of brief acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Modification* 2012;36(2):165-181.

Baruch DE, Kanter JW, Busch AM, Jusiewicz KL. Enhancing the therapy relationship in acceptance and commitment therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies* 2009;8(3):241-257.

Block JA. Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety. Unpublished doctoral dissertation, University at Albany, State University of New York; 2002.

Bloy S, Oliver JE, Morris E. Using acceptance and commitment therapy with people with psychosis: A case study. *Clinical Case Studies* 2011;10(5):347-359.

Branstetter AD, Wilson KG, Hildebrandt M, Mutch D. Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. Paper presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans; 2004.

Chambless DL, Ollendich TH. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology* 2001;52:685-716.

Dickerson FB, Lehman AF. Evidence-based psychotherapy for schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2006;194(1):3-9.

Dickerson FB, Lehman AF. Evidence-based psychotherapy for schizophrenia.

Journal of Nervous and Mental Disease 2011;199(8):520-526.

Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification* 2007; 31:772-799.

García-Montes JM, Luciano MC, Hernández M, Zalvivar F. Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema* 2004;16:117-124.

García Montes JM, Pérez Álvarez M. ACT como tratamiento de síntomas psicóticos: el caso de las alucinaciones auditivas. *Análisis y Modificación de Conducta* 2001; 27(113):455-472.

García-Montes JM, Pérez-Álvarez M. Exposition in existential terms of a case of «negative schizophrenia» approached by means of Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*; 2010.

García-Montes JM, Pérez-Álvarez M, Cangas-Díaz A. Aproximación al abordaje clínico de los síntomas psicóticos desde la aceptación. *Apuntes de psicología* 2006; 24(1-3):293-307.

García-Montes JM, Pérez-Álvarez M. Fundamentación experimental y primeras aplicaciones clínicas de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el campo de los síntomas psicóticos. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2005;37(2):379-393.

García JM, Pérez M, Fidalgo AM. Influence of the suppression of self-discrepant thoughts on the vividness of perception of auditory illusion. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 2003;31:33-44.

Gaudiano BA. Acceptance and commitment therapy for psychiatric inpatients with psychotic symptoms. *Dissertation Abs-*

tracts International: Section B: The Sciences and Engineering; 2004.

Gaudio BA. Evaluating acceptance and commitment therapy: An analysis of a recent critique. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* 2010; 5(3-4):311-329.

Gaudio BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44(3):415-437.

Gaudio BA, Herbert JD, Hayes SC. Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Therapy* 2010;41(4): 543-554.

Gaudio BA, Miller IW, Herbert JD. The treatment of psychotic major depression: Is there a role for adjunctive psychotherapy? *Psychotherapy and Psychosomatics* 2007;76(5):271-277.

Goldstone E, Farhall J, Ong B. Life hassles, experiential avoidance and distressing delusional experiences. *Behaviour Research and Therapy* 2011;49(4):260-266.

Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy* 2004;35(4):639-665.

Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. Relational frame theory: A précis. *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York, NY, US, Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2001:141-154.

Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44(1):1-25.

Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An

experiential approach to behavior change. New York, NY, US, Guilford Press; 1999.

Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follert VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;64:1152-1168.

Hernández-López M, Luciano MC, Bricker JB, Roales-Nieto JG, Montesinos F. Acceptance and Commitment Therapy for smoking cessation: a preliminary study of its effectiveness in comparison with Cognitive Behavioral Therapy. *Psychology of Addictive Behaviors* 2009;23:723-730.

Lassen EW. The effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety in people with psychosis. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*; 2011.

Luciano MC, Hayes SC. Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 2001; 1:109-157.

McLeod HJ. ACT and CBT for psychosis: Comparisons and contrasts. *Acceptance and commitment therapy: Contemporary theory, research and practice*. Bowen Hills, QLD, Australia, Australian Academic Press; 2009: 263-279.

Oliver JE, O'Connor JA, Jose PE, McLachlan K, Peters E. The impact of negative schemas, mood and psychological flexibility on delusional ideation-mediating and moderating effects. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches* 2012;4(1):6-18.

Öst LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy* 2008;46:296-321.

Pankey J, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy for psychosis. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy* 2003;3(2):311-328.

Pérez-Álvarez M, García-Montes JM, Sass L. La hora de la fenomenología en la esquizofrenia. *Clínica y Salud* 2010;21(3): 221-233.

Pérez-Álvarez M, García-Montes JM, Vallina-Fernández O, Perona-Garcelán S, Cuevas-Yust C. New life for schizophrenia psychotherapy in the Light of phenomenology. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2011;18(3):187-201.

Powers MB, Zum Vorde Sive Vording, MB, Emmelkamp MP. Acceptance and Commitment Therapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2009; 78:73-80.

Pull CB. Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry* 2009;22(1):55-60.

Ruíz FJ. A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy* 2010;10(1):125-162.

Shawyer F, Farhall J, Mackinnon A, Trauer T, Sims E, Ratcliff K. et al. A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research and Therapy* 2012; 50(2):110-121.

Sheets MT. Acceptance and commitment therapy to reduce the distress of delusional beliefs. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*; 2010.

Valmaggia LR, Morris E. Attention training technique and acceptance and commitment therapy for distressing auditory

hallucinations. New York, NY, US, Oxford University Press; 2010.

Veiga-Martínez C, Pérez-Álvarez M, García-Montes JM. Acceptance and commitment therapy applied to treatment of auditory hallucinations. *Clinical Case Studies* 2008;7(2):118-135.

Vilardaga R, Estévez A, Levin ME, Hayes SC. Deictic relational responding, empathy, and experiential avoidance as predictors of social anhedonia: Further contributions from relational frame theory. *The Psychological Record* 2012;62(3):409-432.

Waters F, Allen P, Alemán A, Fernyhough C, Woodward TS, Badcock JC, et al. Auditory hallucinations in schizophrenia and nonschizophrenia populations: A review and integrated model of cognitive mechanisms. *Schizophrenia Bulletin* 2012; 38(4): 683-692.

White RG, Gumley AI, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, et al. Depression and anxiety following psychosis: Associations with mindfulness and psychological flexibility. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2013;41(1):34-51.

White R, Gumley A, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, et al. A feasibility study of acceptance and commitment therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research and Therapy* 2011; 49(12):901-907.

Wilson KG, Luciano MC. *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid, Pirámide; 2002.

Zettle RD, Rains JC. Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology* 1989;45:438-445.

EFICACIA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL CRÓNICO. UN ENSAYO ALEATORIZADO

CARLOS FRANCISCO SALGADO PASCUAL

Psicólogo. Centro Hospitalario Benito Menni. Hermanas Hospitalarias, Valladolid.

CARMEN LUCIANO SORIANO

Catedrática. Facultad de psicología. Universidad de Almería, Almería.

OLGA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

Psicóloga. Facultad de psicología. Universidad de Barcelona, Barcelona.

Recepción: 05-11-13 / Aceptación: 28-11-13

RESUMEN

El presente estudio analizó el impacto de un tratamiento basado en la aceptación (Terapia de Aceptación y Compromiso; ACT) en personas con trastorno mental crónico. Esta intervención enseña a los pacientes a aceptar aquellos eventos privados que son inevitables y a identificar y centrarse en acciones dirigidas hacia objetivos valiosos para ellos.

23 participantes con un alto nivel de cronificación fueron asignados al azar al tratamiento habitual (TAU) o a un protocolo de siete sesiones de ACT más TAU. Los participantes del grupo de ACT mostraron cambios en la dirección deseada tanto en las conductas de evitación como en el nivel de actividades realizadas en dirección a los objetivos valorados. Estos cambios se mantuvieron y fueron aún más significativos a largo plazo, tal y como cabía esperar de una intervención basada en la aceptación. Destacan los resultados en el seguimiento a los ocho meses respecto a la sintomatología, a pe-

sar de que esta no era el objetivo de la intervención.

Los resultados obtenidos son de gran relevancia habida cuenta de la alta cronicidad y disfuncionalidad social de los participantes.

Palabras clave

Evitación, funcional, aceptación, compromiso, crónico.

ABSTRACT

This study examined the impact of a treatment based on the acceptance (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) in people with chronic mental disorder. This intervention teaches patients to accept these private events that are inevitable and to identify and focus on actions directed toward valued goals for them.

Twenty-three participants with a high level of chronicity were randomized to treatment as usual (TAU) protocol or

7 sessions of ACT plus TAU. The ACT group participants showed changes in the desired direction both in avoidance behavior and the level of activities toward valued goals. These changes were maintained and were even more significant in the long term, as might be expected of an intervention based on acceptance. Notable results at 8 months follow-up regarding the symptoms, even though it was not the aim of the intervention.

The results are of great importance given the high chronicity and social dysfunctionality of the participants.

Keywords

Evitance, functional, acceptance, commitment, chronic.

INTRODUCCIÓN

La Rehabilitación Psicosocial, es «*un espectro de programas para personas con trastornos psiquiátricos crónicos cuyo objetivo es mejorar su calidad de vida, ayudarles a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y a actuar en comunidad tan activamente como sea posible y de manera independiente*» (Perلمان, 1980). Incluye intervenciones psicológicas (p. ej.: la Terapia Cognitivo Conductual, la Rehabilitación Cognitiva, la Psicoeducación, el Entrenamiento en Habilidades Sociales, la Economía de Fichas) que, de una forma u otra, se encuentran presentes en el resto de intervenciones sociales y a nivel de servicios.

Si bien estos tratamientos psicológicos están incluidos dentro de las intervenciones con evidencia empírica en el tratamiento de los trastornos mentales graves y cronificados, los resultados de las investigaciones no han sido tan positivos como cabría esperar. Resumiendo la evidencia, estas intervenciones se han mos-

trado eficaces respecto a la adquisición de habilidades instrumentales y a la reducción sintomatológica (Garety et al., 2008; Wykes et al., 2007), pero los datos han sido menos concluyentes respecto al funcionamiento social y a las recaídas (Pfammatter, Junghan y Brenner, 2006; Pilling et al., 2002). Para ampliar información, véase revisión en Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2003).

Por tanto, aunque el marco de referencia de la Rehabilitación Psicosocial parece ser el adecuado y los avances han sido considerables en este área para personas con trastorno mental grave (es decir, Malone, Newron Howes, Simmonds, Marriot, Tyrer, 2007), sin embargo la adherencia al tratamiento, las recaídas, las admisiones repetidas y frecuentes o pacientes resistentes son algunos de los problemas que solicitan un mayor esfuerzo investigador.

Una explicación a este hecho es que, si bien el marco de referencia de la Rehabilitación Psicosocial se basa en los intereses de las personas y se desfocaliza del control sintomático, los métodos utilizados no se alejan del modelo médico donde el énfasis se sigue poniendo en la reducción de los síntomas y en los resultados a corto plazo. Ya Bach y Hayes (2002) señalaron que los programas psicosociales se basan en métodos destinados a reducir la frecuencia, intensidad y credibilidad de los síntomas y además ello se realizaba intentando modificar el contenido de los eventos privados. Sin embargo, Hayes, Stroschal y Wilson en el año 1999 afirmaron que el tratamiento centrado en modificar el contenido de los pensamientos y estados emocionales puede producir el efecto paradójico de aumentar el enredamiento cognitivo, mientras que existen otras intervenciones para modificar la credibilidad y el impacto conductual de las cogniciones problemáticas sin cambiar directamente

el contenido. Estas intervenciones se centran de forma específica en los intereses de la persona y en lo que ella misma define como vida satisfactoria, abordando los eventos privados problemáticos que son resistentes al control mediante la *aceptación*.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) es una de las intervenciones incluidas en las terapias de tercera generación (Hayes, Follette y Linehan, 2004) y que presenta una importante base experimental debido a su relación con la moderna teoría que aborda el estudio del lenguaje y la cognición humana, conocida como la Teoría del Marco Relacional (Relational Frame Theory o RFT; Hayes, Barnes Holmes y Roche, 2001).

ACT conceptualiza el sufrimiento psicológico como causado en gran medida por la forma en que el lenguaje y la cognición interactúan con las contingencias directas produciendo fácilmente una evitación experiencial destructiva y una regulación de la conducta que genera incapacidad para cambiar el comportamiento al servicio de fines valorados a largo plazo. ACT pretende modificar la relación del individuo con los pensamientos, sentimientos y sensaciones, promoviendo una mayor flexibilidad psicológica, definida como la capacidad de actuar con eficacia, de acuerdo con los valores y objetivos personales, incluso en presencia de experiencias privadas difíciles o enredamiento cognitivo (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006).

El objetivo del presente estudio fue valorar la eficacia de un protocolo basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) que aborda la aceptación poniendo el malestar al servicio de los valores personales. La elección de ACT se realizó por ser una terapia que se encuentra en auge y fue desarrollada inicialmente para problemas de larga duración.

Los estudios controlados con poblaciones crónicas desde la perspectiva de ACT son escasos, si bien los resultados de los realizados han sido esperanzadores.

Destacan los estudios con problemas graves como, por ejemplo, con *trastornos psicóticos* (Bach y Hayes, 2002; Bach, Hayes y Gallop, 2012; Gaudio y Herbert, 2006; White et al., 2011).

Bach y Hayes (2002) estudiaron el efecto diferencial de cuatro sesiones de 45 minutos de ACT comparándolo con tratamiento habitual (TAU), valorándose la rehospitalización. Los resultados a los cuatro meses de seguimiento indicaron que la condición de ACT más TAU tuvo un número significativamente menor de rehospitalizaciones y, además, dichos resultados correlacionaban con una disminución en la credibilidad en los delirios.

Con posterioridad Gaudio y Herbert (2006) replicaron este estudio resolviendo deficiencias metodológicas (p. ej.: incluyendo el mismo número de sesiones de TAU). Los resultados fueron similares.

En cuanto a la *depresión*, Zettle y Hayes (1986) compararon una versión de 12 sesiones de ACT con dos versiones de la Terapia Cognitiva de Beck. ACT demostró ser mejor en la reducción de los síntomas depresivos y a los dos meses de seguimiento. Por su parte, Zettle y Rains (1989) compararon una intervención en ACT en formato grupal, frente a Terapia Cognitiva, también grupal. No obtuvieron diferencias significativas si bien, en un análisis reciente (Hayes, 2006) encontró un tamaño del efecto a favor de ACT ($d = 0,53$ en el post-tratamiento y $d = 0,75$ en el seguimiento). Otros resultados destacables de la evidencia empírica de ACT en problemas crónicos también se recogen respecto al *trastorno obsesivo compulsivo* (Twohig et al., 2010), el *trastorno de ansiedad*

generalizada (Roemer, Orsillo y Salters-Pedneault, 2008) y con *trastornos de personalidad* (Gratz y Gunderson, 2006).

El estudio que se presenta a continuación pretende ser un avance respecto a los estudios anteriores tomando como población a pacientes que tienen en común un elevado nivel de Evitación Experiencial Destructiva (EED) (Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001) y un deterioro importante del funcionamiento personal y social, con independencia de su diagnóstico formal. Además, en estudios anteriores, el tratamiento era impartido por un terapeuta altamente capacitado. En el presente estudio, con el fin de evitar la confusión debida a la eficacia del terapeuta, el tratamiento fue realizado por dos terapeutas diferentes sin experiencia previa, a los que se les dio formación inicial.

Para cumplir con los objetivos del estudio se aplicaron los siguientes controles: la asignación fue aleatoria, la evaluación y la aplicación fueron realizadas por personas diferentes y, por último, se utilizaron algunas medidas o evaluaciones cumplimentadas por personal ajeno al estudio y ciego respecto al grupo de pertenencia de cada participante.

Otro aspecto a resaltar es la utilización de medidas basadas en el grado de actividad o acciones realizadas en dirección de valor como indicadores de mejoría clínica, en lugar de utilizar únicamente medidas de resultado basadas en la reducción de síntomas.

Dada la evidencia empírica de la eficacia de ACT en personas con trastorno mental crónico se esperan resultados positivos en cuanto a la disminución de las conductas de evitación y aumento de la actividad de los participantes. Y de acuerdo con el enfoque de ACT sobre el proceso de vivir en consonancia con lo importante para la persona, se predicen tamaños del efecto mayores a largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

Los participantes fueron extraídos de tres centros especializados en la atención a poblaciones psiquiátricas y pertenecientes a una misma entidad privada sin ánimo de lucro de la ciudad de Valladolid (España). Dos de los centros eran Hospitales con unidades de pacientes crónicos con lo que las personas estaban ingresadas en sus respectivas unidades de psiquiatría. El otro recurso lo formaba un Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de la misma ciudad, al cual las personas acudían durante el día para recibir atención de Rehabilitación. Todos los pacientes recibían por un lado tratamiento psicofarmacológico bajo la supervisión de su psiquiatra de referencia y, por otro, apoyo psicoterapéutico individual y grupal dirigido a potenciar la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento y a trabajar habilidades de afrontamiento de las situaciones de crisis. Estas intervenciones eran llevadas a cabo por profesionales ajenos a la investigación.

Los criterios de inclusión fueron los considerados para el diagnóstico de Trastorno Mental Crónico. Por un lado, la persistencia en el tiempo (por consenso, dos años) y por otro lado, presentar graves dificultades de funcionamiento personal y social (determinado por una puntuación en el Global Assessment of Functioning Scale, GAF < 40, recogido de la historia clínica).

Debido a la heterogeneidad de la muestra, además se comprobó la presencia en todos los participantes de un patrón generalizado de Evitación Experiencial Destructiva (EED) mediante puntuaciones superiores a 48 en el AAQ II (Cuestionario de Aceptación Acción) o a través del diagnóstico funcional realizado

en la entrevista inicial (presencia de graves problemas con sus eventos privados y su malestar).

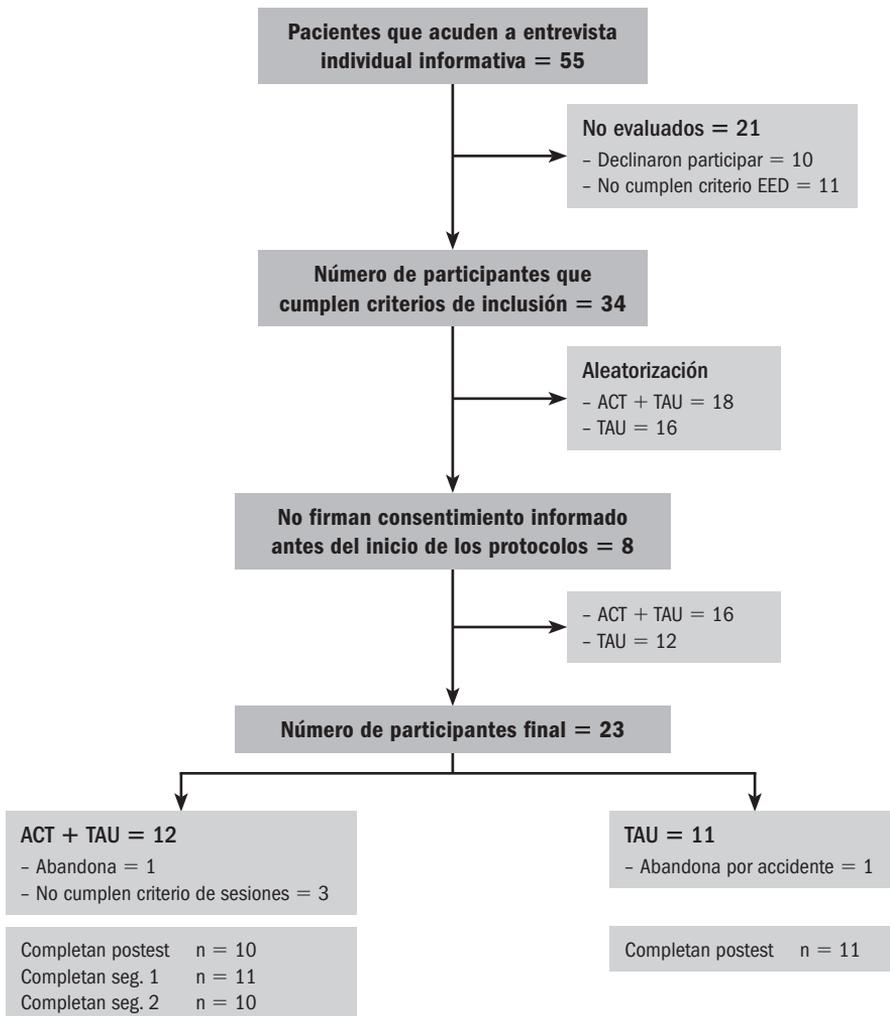
Se excluyeron del estudio los participantes con diagnóstico de demencia y aquellos que no eran capaces de dar el consentimiento informado. También se excluyeron aquellos que iniciaron la intervención pero no acudieron a un míni-

mo de seis de las siete sesiones que componían la totalidad del protocolo.

La figura 1 muestra el flujo de participantes a través de las diferentes etapas del estudio.

La muestra final estuvo compuesta por 23 participantes, 12 de los cuales fueron asignados al grupo de ACT y 11 al grupo de TAU.

FIGURA 1
Diagrama de flujo de participantes a lo largo del estudio



La edad media de la muestra final fue de 49,56 años (SD = 13,83), siendo el 47,8 % mujeres. Por otra parte, el 100 % de los participantes no trabajaba, el 61 % vivía en el centro hospitalario con una media de estancia de algo más de cinco años (68,92 meses), el 33 % vivía con la familia, el 3 % en una comunidad religiosa y otro 3 % con su pareja. Finalmente el 94 % no tomaba tóxicos, el 3 % tomaba alcohol (sin alcanzar criterios de dependencia) y otro 3 % otros tóxicos (uno de los cuales sí que alcanzaba niveles de dependencia) sin estar bajo tratamiento por adicción a estos. La información sobre tratamientos previos era muy variada y fue difícil de determinar, siendo la media de tiempo desde el diagnóstico y el tratamiento de 20,24 años. Aunque todos los participantes habían

recibido tratamiento tanto psiquiátrico como psicológico por especialistas, no hubo posibilidad de acceder a datos del tipo tratamiento y la calidad de estos. Al inicio de la investigación prácticamente todos los participantes tomaban neurolépticos o los habían tomado alguna vez a lo largo de su vida, únicamente tres de los 23 no los tomaban, dos de ellos pertenecientes al grupo de ACT y otro al grupo de TAU. En base a estos datos se puede afirmar que la muestra presentaba un elevado nivel de cronicidad, institucionalización y graves limitaciones en la funcionalidad social.

En la tabla I se observan algunas características y los diagnósticos de la muestra (realizados por su psiquiatra de referencia) por grupo. Aunque los criterios de inclusión se centraron en la cronicidad y

TABLA I
Características de la muestra

Variables	Condición	
	ACT	TAU
<i>Edad</i> (media)	51,92	49,55
<i>Tiempo de diagnóstico</i> (años)	19,55	25,36
<i>Mujeres</i>	50 % (6)	45,5 (5)
<i>Hombres</i>	50 % (6)	54,5 (6)
<i>Tiempo de hospitalización</i> (meses)	86,78	68,86
<i>Diagnóstico</i>		
Esquizofrenia	4 (33,00 %)	5 (45,45 %)
Trastorno bipolar	1 (8,30 %)	0 (0,00 %)
Psicosis inespecífica no orgánica	1 (8,30 %)	2 (18,18 %)
Trastorno depresivo recurrente	1 (8,30 %)	1 (9,09 %)
Trastorno somatomorfo indiferenciado	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
Trastorno esquizoafectivo	1 (8,30 %)	1 (9,09 %)
Trastorno de personalidad	3 (25,00 %)	2 (18,18 %)
Dependencia de drogas	1 (8,30 %)	0 (0,00 %)
Ciclotimia	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
<i>Total</i>	12	11

la discapacidad, no en los diagnósticos per se, después de la aleatorización no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las variables del estudio y, por tanto, presentaron un buen equilibrio entre las condiciones de tratamiento.

Instrumentos

Autoinformes

- **Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ II;** Bond, Hayes, Baer y Carpenter et al., 2011). Se trata de una medida genérica de la evitación experiencial y de la aceptación psicológica. Consta de 10 ítems con una escala Likert de siete puntos en la que las puntuaciones altas indican un mayor grado de evitación y una menor aceptación. Se utilizó la adaptación española realizada por Ruíz y Luciano (2009) que presenta buenas propiedades de confiabilidad y de consistencia interna con un Alfa de Cronbach de 0,85.
- **Symptom Assessment 45 Questionnaire (SA 45).** Instrumento de autoinforme de síntomas psicopatológicos derivado del SCL 90-R. En el estudio se utiliza la traducción y validación española (Sandin, Valiente, Chorot, Santed y Lostao, 2008). Consiste en 45 ítems a los que el sujeto debe responder según una escala Likert de cinco puntos. Mide las mismas dimensiones que el SCL 90-R aunque se han analizado aquellas consideradas relevantes para el estudio por ser sintomatología que aparece en mayor o menor grado en la mayoría de los pacientes con TMC (depresión, ansiedad, paranoia y psicoticismo). Presenta un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,95.
- **Informe de actividades.** Se trata de un registro en el que los participantes

apuntaban las actividades realizadas durante la semana anterior.

Observaciones y medidas del equipo terapéutico

- **Hoja de valoración de la actividad.** Consiste en la valoración, en una escala de 0 a 10, el grado de actividad dirigida a un objetivo de cada participante a lo largo de la semana precedente. El 0 indica nula actividad y el 10 mucha actividad. Esta hoja era cumplimentada por una persona del equipo terapéutico que era siempre la misma en cada centro y la cual no tenía conocimiento del grupo al que pertenecía cada participante.
- **Porcentaje de notas negativas.** Se analizaron las notas que los diferentes turnos de enfermería reflejaban en la historia clínica y referidas a conductas significativas de los pacientes durante el turno correspondiente. Se calculó el porcentaje de notas negativas (respecto al total de notas), considerando estas como aquellas que por su contenido o por la forma de expresarlo en el parte, tenían una connotación negativa para la persona que lo expresa, por ejemplo, «se encuentra muy delirante», «está muy demandante», etc.
- **Medicación extra psiquiátrica.** Se refiere a la cantidad de medicación que toma cada participante, y que es adicional a la pautaada por su psiquiatra.

Procedimiento

Se utilizó un diseño experimental aleatorizado de comparación entre grupos con medidas pretest, postest y dos seguimientos (a los cinco y ocho meses de la finalización de los protocolos).

Terapeutas

Las terapeutas (n = 2) fueron mujeres, con grado de Licenciatura en Psicología.

Si bien no tenían experiencia terapéutica, ambas habían recibido algún tipo de formación en habilidades terapéuticas como parte de los requisitos de su formación en un Máster en Psicología Clínica. Para evitar sesgos en la aplicación de los tratamientos, en la dirección de lo realizado por Forman et al. (2007) ninguna de las terapeutas tenía experiencia ni formación en la aplicación de ACT.

Antes de la fase de tratamiento, las terapeutas realizaron un entrenamiento en ACT consistente en sesiones de dos horas y media semanales durante un período de un año a excepción de los períodos vacacionales. Además del trabajo realizado en las sesiones, se aportaban lecturas para casa.

El período de *formación* consistió en 28 horas iniciales en sesiones presenciales, las primeras ocho horas versaron sobre principios básicos de conducta y de las Terapias Contextuales o Terapias de Tercera Generación. Adicionalmente, se propusieron lecturas específicas para cada uno de los grupos. Las siguientes 20 horas consistieron en sesiones específicas sobre ACT, las cuales se intercalaron con otras 40 horas de *role playing* y supervisión de casos. Para completar la formación se grabó en vídeo una de las sesiones de *role playing* y fue supervisada por expertos en la aplicación de ACT los cuales devolvieron *feedback* con el objetivo de mejorar la intervención. La formación terminó con otras 25 horas de trabajo específico con el protocolo a aplicar.

Con el objetivo de controlar posibles diferencias intercentros se tomaron tantos grupos como condiciones de tratamiento, de tal forma que en cada centro hubo un grupo de tratamiento de ACT y un grupo de TAU.

Los terapeutas se repartieron de forma equilibrada el peso central de la sesión (terapeuta) mientras que la otra (coterapeuta) apoyaba a aquellos participantes

que lo necesitaban en los ejercicios experienciales y prácticas. Las funciones de terapeuta y coterapeuta fueron contrabalanceadas de tal forma que todas las terapeutas realizaran ambas funciones en todos los grupos de forma equivalente (p. e.: si una experimentadora realizaba función de terapeuta en la sesión 1, en el centro A, para la sesión 2 realizaba función de coterapeuta en este grupo, realizando, a su vez, función de terapeuta, por ejemplo, en el centro B).

Pretratamiento

Todos los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y que accedieron a participar en el estudio fueron remitidos a una sesión de evaluación consistente en una entrevista individual realizada por el investigador principal, diseñada para identificar y comprobar en los clientes, las dificultades con los eventos privados y el malestar (patrón de Evitación Experiencial Destructiva). Además, en dicha sesión, los participantes (y en su caso, los tutores) firmaron el consentimiento informado y cumplieron los cuestionarios de la línea base (AAQ II, SA 45 y el Informe de Actividades). Por otro lado, el personal colaborador de los centros cumplimentó la Hoja de valoración de la actividad, sin que conociesen a qué grupo de tratamiento pertenecía cada participante.

Finalmente se recogieron los datos del porcentaje de notas negativas y la medicación extra psiquiátrica. En este caso también los observadores eran ciegos respecto al grupo de tratamiento de pertenencia.

Tratamiento ACT+TAU

(para evitar confusión se etiquetará como ACT en el resto del artículo)

Tres fueron los grupos de tratamiento de ACT (n = 4 en el centro 1, n = 5 en el

centro 2 y $n = 3$ en el centro 3) dirigidos por dos terapeutas durante siete semanas realizándose sesiones semanales de 1,5 horas de duración. Dicho protocolo se basó en el manual de Wilson y Luciano (2002) así como en el protocolo propuesto por Hayes y Smith (2005) modificando ligeramente los ejercicios para adaptarse a la población específica y ser aplicados en formato grupal. En el inicio de las sesiones se realizaba un repaso de las actividades o prácticas propuestas la semana anterior, posteriormente se desarrollaba el tema central de la sesión incidiendo en que fuese experiencial y evitando una actitud docente por parte de las terapeutas. Todas las sesiones finalizaban con un resumen acerca de lo tratado y con una actividad práctica de defusión cognitiva dirigida a la toma de conciencia del fluir de los eventos privados. Las dos primeras sesiones fueron individuales con el objetivo de trabajar intensamente la desesperanza creativa y el área de las direcciones de valor y las barreras personales. En ellas se utilizaron ejercicios y metáforas en los que se ayudaba a los participantes a clarificar los valores fundamentales y su disposición a actuar de una manera más coherente con ellos. Los ejercicios iban dirigidos a elaborar una jerarquía de valores y a establecer un primer compromiso público con una acción que ellos querían realizar en la dirección de valor identificando los obstáculos. Finalmente se realizaron ejercicios de exposición en imaginación a los eventos privados derivados asociados a las acciones con las que se comprometieron. En las sesiones 3 y 4 (ya en formato grupal) se fomenta en los participantes la reflexión acerca de la forma habitual de afrontar el malestar así como el resultado a corto y largo plazo de esas estrategias y se introduce el tema del control como problema enfatizando la incontrolabilidad de los eventos privados. Las actividades propuestas en estas sesio-

nes van dirigidas a la toma de conciencia, etiquetaje, desliteralización y dejar fluir los eventos privados. La sesión 5 tiene como objetivo la práctica de la aceptación como alternativa al control de los eventos privados y para ello se desarrollan ejercicios para experimentar el «estar abiertos o estar dispuestos». En la sesión 6 se introdujo la idea del yo como contexto, la capacidad de verse a uno mismo como el lugar en el que ocurren los eventos privados, incidiendo en la diferencia entre el Yo que piensa y siente y lo que es pensado y sentido. Para ello se utilizaron metáforas como la del «tablero de ajedrez» y ejercicios experienciales en los que el participante es testigo de lo que piensa y siente y practica una forma de relacionarse con los eventos privados como lo que son más que como lo que dicen. La última sesión estuvo dedicada a hacer más espacio a la aceptación y, para ello, se realizaron múltiples ejercicios experienciales de contacto y distanciamiento de los pensamientos, sensaciones y evaluaciones.

Posteriormente, se realizaron tres sesiones de recuerdo (véase sección posttratamiento), en las que se ahondó en las direcciones de valor y las barreras, se supervisaron las acciones en dirección de valor, se repasó el control como problema, y se realizaron múltiples prácticas de aceptación y defusión. En la última sesión, además, se hizo un especial énfasis en el abordaje de las recaídas como parte del proceso terapéutico.

A pesar de que cada sesión tenía un desarrollo detallado, los terapeutas fueron flexibles ante momentos de malestar y fusión cognitiva durante el transcurso de las sesiones. En estos casos, los terapeutas con la ayuda de los coterapeutas, focalizaban la atención en el momento presente y preguntaban al participante: «¿quién está sintiendo eso en este momento...?». Se puso especial énfasis en

poner el malestar asociado a algunos ejercicios experienciales, al servicio de los valores personales. Se valoró el ajuste de las terapeutas al protocolo mediante una entrevista individual (véase ajuste a los protocolos).

Con el objetivo de controlar la posible influencia del momento temporal en que se realizaban las sesiones en cada grupo, se realizaron las sesiones correspondientes a cada grupo en la misma semana.

Durante el resto de la semana, los participantes de este grupo continuaban realizando el tratamiento habitual.

Tratamiento habitual (TAU)

Tres fueron los grupos de tratamiento de TAU (n = 3 en el centro 1, n = 4 en el centro 2 y n = 4 en el centro 3). Las personas pertenecientes al grupo de control se mantuvieron en lista de espera (grupo TAU) recibiendo tratamiento habitual. El tratamiento habitual consistía en abordaje psicofarmacológico y sesiones grupales habituales de psicoeducación, habilidades sociales, rehabilitación cognitiva, autocontrol y terapia ocupacional. Estas actividades eran las que se venían realizando por parte de los psicólogos responsables, que no formaban parte de la investigación.

Si bien este grupo se encontraba en lista de espera no se pudo mantener el grupo de control en los seguimientos por razones éticas y por la imposibilidad de extender por más tiempo la colaboración de las terapeutas. Por estos motivos, a la finalización de la aplicación de protocolos, este grupo recibió el protocolo basado en ACT.

Postratamiento

Una vez finalizado el tratamiento, los participantes cumplieron de nuevo el AAQ II y el Informe de actividades. Además, el personal cumplimentó la Ho-

ja de valoración de la actividad y se recogieron los datos del porcentaje de notas negativas y la medicación extra psiquiátrica.

Con posterioridad se invitó a los participantes a tres sesiones de seguimiento a las dos semanas, al mes y medio y a los tres meses y medio de la finalización de la intervención.

A los cinco meses los participantes fueron emplazados para cumplimentar el AAQ II, el personal cumplimentó la Hoja de actividad y se recogió la información correspondiente al porcentaje de notas negativas y a la medicación extra psiquiátrica. Por su parte, a los ocho meses, los participantes cumplieron de nuevo el AAQ II y el SA 45, la Hoja de actividad fue realizada por el personal y se recogió también la información de notas negativas y medicación extra psiquiátrica.

Como se puede percibir, debido al elevado nivel de cronicidad de los participantes (y a sus limitaciones motivacionales), se determinó repartir los instrumentos de medida en los diferentes momentos de evaluación con el objetivo de no sobrecargar a los participantes con pruebas que pudiesen afectar a la adherencia de estos y a los abandonos de la investigación. Aunque no todas las medidas se tomaron en el postest y seguimientos, las tomadas fueron suficientes para conocer el impacto de los protocolos.

Ajuste a los protocolos

Se realizaron entrevistas a cada una de las terapeutas (por separado) en las que tenían que indicar los elementos terapéuticos que habían sido tratados en cada una de las sesiones. Inicialmente se realizó una recopilación de dichos elementos terapéuticos a tratar en cada sesión, marcándose con una cruz aquel elemento que cada terapeuta verbalizaba que había sido realizado durante la sesión.

Análisis estadístico

Se utilizaron pruebas no paramétricas de «muestras relacionadas de Wilcoxon» para identificar *diferencias intragrupo*. Estos análisis se han realizado por separado y excluyendo los datos perdidos según lista. Para analizar las *diferencias entre condiciones* (ACT y control) se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Withney.

Los estadísticos incluyen no solo los niveles de significación, sino también los tamaños del efecto calculados mediante la «d» de Cohen.

RESULTADOS

Análisis preliminares

a) Análisis de diferencias pretest

No hubo diferencias significativas al pretest entre condiciones en ninguna de las variables.

b) Integridad de los protocolos

Se calculó el porcentaje de elementos que estuvieron presentes en cada sesión (autoinformados por las terapeutas) como medida del ajuste a cada sesión. De los resultados se desprende que las terapeutas de la ACT mostraron un ajuste de entre un 74 % y un 81 % al protocolo.

Posteriormente, considerando como criterio de buen ajuste al protocolo en una sesión el haber abordado al menos un 70 % de los elementos, los resultados muestran un ajuste superior a ese porcentaje en casi todas las sesiones, a excepción de la sesión 3 y una de las terapeutas en la sesión 6.

Comparaciones intragrupo

Como muestra la tabla II, las mejorías observadas del pretest al posttest fueron significativas para la variable Informe

TABLA II
Medias (SD) de los participantes en ACT y TAU al pretest y al posttest

	Pretest		Posttest		Comparaciones entre grupos en puntuaciones de cambio Sig (tamaño del efecto)	Comparaciones intragrupo Sig (d de Cohen)	
	ACT	TAU	ACT	TAU		ACT	TAU
AAQ II	46,75 (11,06)	45,73 (9,85)	42,67 (12,22)	45,27 (12,11)	0,309 (0,35)	0,126 (0,35)	0,646 (0,04)
Informe de actividades	4,00 (2,61)	4,50 (2,27)	5,73 (3,26)	4,70 (2,31)	0,001* (1,98)	0,005* (0,59)	0,157 (0,08)
Valoración actividad	5,63 (1,06)	5,80 (1,32)	6,00 (1,41)	5,80 (1,47)	0,481 (0,25)	0,408 (0,30)	0,891 (0,00)
Medicación extra	14,00 (22,76)	9,50 (17,69)	14,75 (20,69)	9,00 (16,06)	0,882 (-0,33)	1,000 (-0,03)	0,655 (0,03)
Notas negativas	50,0%	61,3%	42,2%	63,6%	p < 0,05*	ns	ns

de actividades ($z = -2,84$; $\text{sig} = 0,005$). Las diferencias no fueron significativas para el resto de variables aunque los resultados siguieron la tendencia esperada. La media de los tamaños del efecto de las diferencias observadas fue de $d = 0,31$ (rango: 0,03-0,59). En el caso del grupo TAU, no hubo diferencias significativas en ninguna de las variables y los tamaños del efecto fueron nulos.

Como se observa en la tabla III, las mejorías observadas del pretest al seguimiento de los cinco meses fueron significativas para las variables AAQ II ($z = -2,05$; $p = 0,040$), Informe de actividades ($z = -2,98$; $p = 0,003$) y porcentaje de notas negativas ($p = 0,050$). No fueron significativas para el resto. La media de las d de Cohen fue superior, promediando $d = 0,78$ (rango: 0,29-1,05).

Las mejorías observadas del pretest al seguimiento de los ocho meses fueron significativas para las variables (tabla IV) AAQ II ($z = -2,8$; $p = 0,005$), sintomatología depresiva ($z = -2,38$;

$p = 0,018$), ansiosa ($z = -2,24$; $\text{sig} = 0,025$), paranoide ($z = -2,15$; $p = 0,032$) y porcentaje de notas negativas ($p = 0,05$). El tamaño medio de los efectos fue $d = 0,85$ (rango: 0,34-1,37).

La figura 2 muestra el aumento en el tamaño de los efectos a lo largo del tiempo. Los tamaños del efecto al postest son bajos (a excepción del informe de actividades, que es medio) mientras que en los seguimientos van aumentando hasta que a los ocho meses, la mayoría son valores medios o altos.

Comparaciones entre grupos

En la tabla II se observa que la condición de ACT se diferencia significativamente de TAU en el registro de actividades ($U = 10,00$; $p = 0,001$) y el porcentaje de notas negativas ($p = 0,05$). En el resto de variables, las diferencias entre ambas condiciones no fueron significativas. La media de los tamaños del efecto fue de $d = 0,64$ (rango: 0,00-1,98).

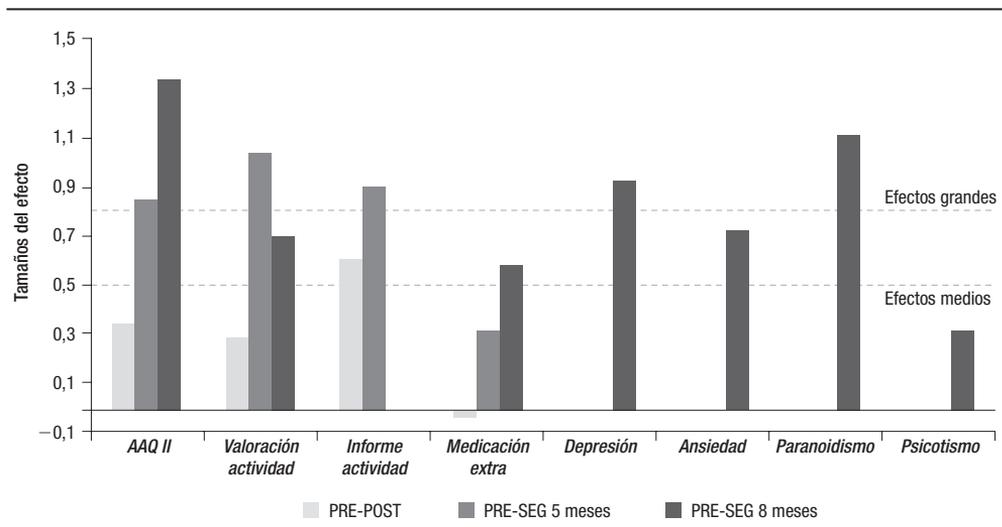
TABLA III
Medias y desviaciones típicas de ACT en el seguimiento a los cinco meses

	ACT		Comparaciones intragrupo Sig (d de Cohen)
	PRE	5 meses	ACT
AAQ II	45,18 (10,10)	35,91 (11,61)	0,040* (0,85)
Informe de actividades	3,91 2,59	6,45 (2,88)	0,003* (0,93)
Valoración de la actividad	5,71 (1,11)	6,71 (0,76)	0,068 (1,05)
Medicación extra	14,00 (22,76)	8,50 (13,72)	0,180 (0,29)
Notas negativas	50,0%	30,9%	$P < 0,05^*$

TABLA IV
Medias y desviaciones típicas de ACT en el seguimiento
a los ocho meses

		ACT		Comparaciones intragrupo Sig (d de Cohen)
		PRE	ACT	ACT
AAQ II		43,70 (9,30)	31,50 (8,54)	0,005* (1,37)
SA 45	Depresión	9,90 (5,38)	5,40 (4,06)	0,018* (0,94)
	Ansiedad	8,40 (5,87)	4,60 (4,14)	0,025* (0,75)
	Paranoidismo	8,70 (4,14)	4,80 (2,10)	0,032* (1,18)
	Psicoticismo	3,80 (5,31)	2,30 (3,34)	0,445 (0,34)
Valoración de la actividad		6,00 (1,00)	6,60 (0,55)	0,083 (0,74)
Medicación extra		14,00 (22,76)	4,00 (4,90)	0,285 (0,61)
Notas negativas		50,0 %	23,2 %	P < 0,05*

FIGURA 2
Tamaños del efecto al postest y seguimientos del grupo de ACT



DISCUSIÓN

A la hora de abordar la discusión de los resultados se tienen en cuenta dos aspectos. En primer lugar, que el tamaño de la muestra fue pequeño y, en segundo lugar, que el número de datos perdidos en el último seguimiento fue elevado para algunas medidas (p. ej.: AAQ II) por lo que las conclusiones que se extraigan serán tentativas en lo que respecta a este último seguimiento, pero no en los restantes. Los datos perdidos se debieron a situaciones de alta, cambios de recurso o que ese día no estaban disponibles algunos participantes (por salidas, vacaciones, visitas).

Se trata de una de las primeras investigaciones sobre eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes crónicos que no presentan diferenciación diagnóstica, sino que los elementos comunes son, por un lado, la cronicidad y por otro, la presencia de un patrón limitante de evitación experiencial destructiva.

Este estudio intenta dar respuesta a una serie de limitaciones tradicionalmente asociadas a las investigaciones e intervenciones tanto farmacológicas como psicosociales actuales. En primer lugar, enfatiza el funcionamiento social mediante la utilización de registros de actividad y de acciones en dirección de valor. En segundo lugar, valora los resultados a largo plazo (seguimientos a los cinco y ocho meses) teniendo en cuenta el resultado del tratamiento más allá del período de intervención. En tercer lugar, se tuvieron en cuenta no solo los efectos directos de la intervención, sino también los efectos indirectos sobre la vida de las personas. Y en último lugar, se utilizaron criterios de inclusión no basados en diagnósticos formales permitiendo una mayor generalización de los resultados a la práctica clínica habitual.

De las intervenciones basadas en la aceptación, se prevé una evolución en la que la persona empiece a vivir y aceptar más fácilmente el malestar, disminuyendo progresivamente las conductas de evitación sin que, por ello, necesariamente se produzca una reducción del malestar a corto plazo. Las comparaciones al postest entre ACT y TAU mostraron esta tendencia esperada. Por un lado, los resultados de ACT respecto a TAU fueron significativos al postest en actividades realizadas en dirección de valor y en la reducción de las notas negativas registradas. Por otro lado, si bien no existieron diferencias significativas en cuanto a la reducción del nivel de evitación y en la valoración de la actividad (registrada por el personal de los centros) las comparaciones mostraron la tendencia esperada.

Los resultados de la intervención adquieren mayor relevancia a largo plazo. En el seguimiento a los cinco meses, el grupo de ACT disminuyó significativamente su nivel de evitación (medido con el AAQ II) y aumentó el nivel de actividad registrado (Hoja de actividad). Las diferencias son aún más importantes a los ocho meses, donde todas las comparaciones con el pretest presentan resultados relevantes con tamaños del efecto medio y alto.

Estos resultados del protocolo de ACT (tanto a corto como a largo plazo) se encuentran en la misma línea que los informados en otras investigaciones con pacientes crónicos, como por ejemplo, Hayes et al. (2011) en adolescentes con depresión, Ossman et al. (2006) en fobia social crónica, y Hayes y Wilson (2004) en abuso de sustancias.

En lo que respecta al AAQ II, el grupo de ACT obtuvo resultados a largo plazo en la línea de lo hipotetizado en el estudio de White, et al. (2011) en pacientes con psicosis, donde se señala la posibilidad

de necesitar un período de seguimiento largo para que surjan diferencias significativas en el nivel de evitación.

Respecto a la sintomatología, en el grupo de ACT se encontraron reducciones significativas a los ocho meses en la sintomatología depresiva en la línea de lo informado en estudios como el de Gaudiano y Herbert (2006); Petersen y Zettle (2009) y White, et al. (2011). También se encontraron efectos significativos en la sintomatología ansiosa y paranoide, mostrando que, a pesar de no ser un objetivo de ACT en períodos de seguimiento largos, sí que se producen resultados en esa dirección.

En conclusión, la intervención basada en ACT permitió aumentar la aceptación y potenció el funcionamiento personal y social a través de la realización de acciones comprometidas con los intereses personales. También se concluye que estos resultados obtenidos adquieren un importante valor adicional debido al nivel de cronicidad y de inactividad de los participantes en la investigación.

De la presente investigación se derivan además las siguientes implicaciones. En primer lugar, se observa de forma positiva la posibilidad de medir la eficacia de una intervención en base a la realización de acciones comprometidas con direcciones significativas para la persona, más que en base a la reducción sintomática. En segundo lugar, las intervenciones basadas en ACT encajan a la perfección en la perspectiva de la rehabilitación, incorporando además del contexto de valor, el trabajo para la distinción entre uno y los eventos privados. En tercer lugar, las intervenciones basadas en lo importante para la persona, pueden mejorar la gestión de recursos ya que favorecen su adherencia y, si añadimos que el protocolo realizado en la investigación fue muy breve, se puede derivar que la intervención ha presentado una eficiencia muy

positiva. En cuarto lugar, estamos ante una propuesta no directiva que potencia la responsabilidad de las elecciones personales y además consigue *desestigmatizar* realmente los problemas mentales al liberar a estos del control de la conducta. En quinto lugar, el hecho de haber utilizado terapeutas inexpertos hace pensar que con terapeutas con mayor experiencia clínica se podrían esperar mejores resultados. Y finalmente, se resta relevancia al diagnóstico a la hora de abordar la intervención de personas con Trastorno Mental Crónico, demostrando que la dimensión funcional de la EED es una alternativa a los sistemas diagnósticos tradicionales, que permite abordar desde el punto de vista funcional gran cantidad de trastornos y que posibilita que las intervenciones grupales no requieran necesariamente homogeneidad entre sus miembros.

Para finalizar, la investigación no está exenta de limitaciones que requieren mejoras en estudios de futuro. Entre ellas estarían el aumentar el tamaño de la muestra, mejorar las medidas, realizar esfuerzos por reducir en lo posible los datos perdidos durante los seguimientos, incluir vídeos de las sesiones y registros en sesión, perfeccionar el entrenamiento de los terapeutas y ajustar los protocolos a las investigaciones más recientes.

BIBLIOGRAFÍA

Bach P, Hayes SC. The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70(5):1129-1139.

Bach P, Hayes S, Gallop R. Long-Term effects of brief Acceptance and Commit-

ment Therapy for psychosis. *Behavior Modification* 2012;36(2):165-181.

Bond F, Hayes S, Baer R, Carpenter K, Guenole N, Orcutt H, y otros. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy* 2011;1-38.

Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Anxiety and Depression. *Behavior Modification* 2007;31(6):772-799.

Garety P, Fowler D, Freeman D, Bebbington P, Dunn G, Kuipers E. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy and family intervention for the prevention of relapse and reduction of symptoms in psychosis. *British Journal of Psychiatry* 2008;(192):412-422.

Gaudio BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy* 2006;(44):415-437.

Gratz K, Gunderson J. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy* 2006;37(1):25-35.

Hayes L, Boyd C, Sewell J. Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Adolescent Depression: A Pilot Study in a Psychiatric Outpatient Setting. *Mindfulness* 2011; doi: 10.1007/s12671-011-0046-5.

Hayes SC, Smith S. *Get Out of Your Mind and Into your Life. The new Acceptance and Commitment Therapy.* Oakland, New Harbinger Publications, Inc.; 2005.

Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment Therapy. An ex-

periential approach to behavior change. New York, The Guilford Press; 1999.

Hayes S, Wilson K, Gifford E, Bissett R, Piasecki M, Batten S y otros. A preliminary trial of twelve-step facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with poly-substance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy* 2004;(35):667-688.

Hayes SC, Wilson KW, Gifford EV, Follete VM, Strosahl K. Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;(64):1152-1168.

Langer AI, Cangas AJ. Fundamentos y controversias en la diferenciación entre alucinaciones en población clínica y normal. *Terapia Psicológica* 2007;25(2):173-182.

Luciano Soriano MC, Hayes SC. Trastorno de Evitación Experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 2001;1:109-157.

Ossman W, Wilson K, Storaasli R, McNeill J. A preliminary investigation of the use of Acceptance and Commitment Therapy in group treatment for social phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2006;6(3):397-416.

Pérez Álvarez M, Fernández Hermida J, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos.* Madrid, Pirámide; 2003.

Perlman L. Rehabilitation of the mentally ill in the 1980's: A report of the Fourth Mary E. Switzer Memorial Seminar. Washington D.C., National Rehabilitation Association; 1980.

Petersen C, Zettle R. Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: A comparison of acceptance and commitment therapy and treatment usual. *The Psychological Record* 2009;(59):521-536.

Pfammatter M, Junghan U, Brenner H. Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions from Meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin* 2006;(32): 64-80.

Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G et al. Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine* 2002; 32:783-791.

Robinson PJ, Gould DA, Strosahl KD. *Real Behavior Change in Primary Care*. Oakland, New Harbinger Publications; 2011.

Roemer L, Orsillo S, Salters-Pedneault K. Efficacy of an Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;76(3):1083-1089.

Sandin B, Valiente RM, Chorot P, Santet MA, Lostao L. SA 45: forma abreviada del SCL 90. *Psicothema* 2008;20(2):290-296.

Twohig M, Hayes S, Plumb J, Pruitt L, Collins A, Hazlett-Stevens H et al. A randomized clinical trial of Acceptance and Commitment Therapy versus Progressive Relaxation Training for Obsessive-Com-

pulsive Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2010;78(5):705-716.

White R, Gumley A, McTaggart J, Rattrie L, McConvinlle D, Cleare S et al. A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research and Therapy* 2011;(49):901-907.

Williams J, Teasdale J, Segal Z, Soulsby J. Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology* 2000;(109): 150-155.

Wilson K, Luciano Soriano M. *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide; 2002.

Wykes T, Reeder C, Landau S, Everitt B, Knapp M, Patel A et al. Cognitive Remediation Therapy in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2007;(190):421-427.

Zettle R, Hayes S. Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior* 1986;(4):30-38.

Zettle R, Rains J. Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology* 1989; (45):438-445.

DE LA DEPENDENCIA A LA AUTONOMÍA: EL EASC. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DEL EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO DE PUENTE DE VALLECAS

ALEJANDRO DE BARRIO LÓPEZ

Monitor. Centro de Día de Vallecas, Hermanas Hospitalarias, Madrid.

Centro vinculado a la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Recepción: 05-11-13 / Aceptación: 28-11-13

RESUMEN

Los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) son unos dispositivos de reciente creación que surgen en la Comunidad de Madrid, y que tienen el objetivo de intervenir con personas con enfermedad mental grave y duradera en su entorno más cercano, facilitando así el establecimiento de un proceso de rehabilitación psicosocial e integración comunitaria. El propósito del presente trabajo es el de intentar analizar el impacto que han tenido las intervenciones del EASC del distrito de Puente de Vallecas en sus usuarios, haciendo especial hincapié en dos factores: la evolución del funcionamiento psicosocial y del número de ingresos de los usuarios. Para ello se ha utilizado una metodología de investigación mixta, esto es, a través de la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos.

Palabras clave

Rehabilitación psicosocial, salud mental, integración comunitaria, funcionamiento psicosocial, ingresos psiquiátricos.

ABSTRACT

The Community of Madrid has recently created a resource called Social Community Support Teams (EASC, in Spanish), which aims to intervene socially with people with severe mental illness in their immediate environment, thereby facilitating the establishment of a process of psychosocial rehabilitation and community integration. The aim of the present work is to analyze the impact that the interventions of the EASC have had in its users, which are located in the district of Puente de Vallecas, with particular emphasis on two factors: the development of psychosocial functioning and the number of psychiatric admissions. To that purpose we have used a mixed research methodology, through a combination of quantitative and qualitative methods.

Keywords

Psychosocial rehabilitation, mental health, community integration, psychosocial functioning, psychiatric admissions.

INTRODUCCIÓN

Con esta pequeña investigación se ha pretendido realizar una aproximación a los Equipos de Apoyo Social Comunitario (en adelante, EASC), un recurso novedoso y específico del ámbito de la Salud Mental Comunitaria, que existe en la Comunidad de Madrid desde diciembre de 2005. La investigación se ha realizado analizando de manera exhaustiva el EASC del distrito madrileño de Puente de Vallecas, uno de los seis primeros que se pusieron en marcha.

Esta investigación se ha llevado a cabo a partir de la formulación de dos preguntas fundamentales para el objetivo de la misma. Son cuestiones que surgen de la curiosidad que le suscita al investigador la proliferación de este tipo de recursos tan novedosos en la Comunidad de Madrid, y que presentan una metodología que difiere bastante de la utilizada hasta ahora por otros recursos de la red de atención a personas con enfermedad grave y duradera, como los Centros de Día o los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Dichas preguntas de investigación son las siguientes: en primer lugar, ¿este tipo de recursos contribuyen a mejorar el funcionamiento psicosocial de las personas con enfermedad grave y duradera?, y si esto es así, ¿los EASC favorecen la autonomía de los sujetos con los que trabaja?

De estos planteamientos se derivan las hipótesis y objetivos que se van a explicar a continuación.

Las hipótesis de las que se va a partir a la hora de llevar a cabo la investigación son las siguientes:

- *Hipótesis 1:* la intervención de los EASC contribuye en la mejora del funcionamiento psicosocial de los usuarios.
- *Hipótesis 2:* este tipo de recursos comunitarios de rehabilitación psicoso-

cial ayudan a disminuir el número de ingresos psiquiátricos en los pacientes beneficiarios.

Los objetivos que se propone perseguir la investigación son los siguientes:

- *Objetivo general:* conocer el impacto que ha tenido el EASC de Puente de Vallecas en los sujetos que han hecho uso del recurso.
- *Objetivo específico 1:* analizar la influencia del EASC en la variación del funcionamiento psicosocial de sus usuarios.
- *Objetivo específico 2:* analizar la posible contribución del EASC de Puente de Vallecas en la variación del número de ingresos psiquiátricos.

Dado que la investigación persigue el conocer el impacto que ha tenido este recurso desde su puesta en funcionamiento, su trascendencia y la manera en que sus usuarios se han beneficiado o no de él, nos ha parecido que lo mejor era no ceñirse a una sola de las metodologías preeminentes, sino utilizar las sinergias que se podrían producir de su uso conjunto ya que, bien utilizadas, se pueden complementar de manera muy enriquecedora. Por esta razón, una de las particularidades de este trabajo es la de utilizar una doble metodología de investigación y de análisis de la información obtenida, pues se realiza una aproximación multimétodo, cuantitativa y cualitativa, utilizando la triangulación metodológica para la obtención de una información más completa y rica en matices.

METODOLOGÍA

Después de una larga etapa de reflexión y de análisis y elaboración de un plan de investigación, se determinó que la

mejor manera de abordar metodológicamente la tarea que nos ocupa es mediante la combinación de dos paradigmas, a priori, inconmensurables, desde el punto de vista epistemológico, y que han sido objeto de encendidos debates en la literatura de investigación, como son el cuantitativo y el cualitativo, pero que en las siguientes páginas se intentará explicar que a nivel pragmático y técnico no lo son en absoluto.

Esta controversia no se reduce únicamente a la cuestión metodológica, sino que ha sido tradicionalmente asociada al enfrentamiento entre dos paradigmas de investigación: el positivista y el fenomenológico-constructivista (Cook y Reichardt, 1982; Guba y Lincoln, 1989; Patton, 1990; Tashakkori y Teddlie, 1998). Los paradigmas orientan la elección de los temas objeto de estudio, los marcos teóricos utilizados para explicarlos, y los métodos de investigación considerados más apropiados, de modo que mientras el positivista recurre a la metodología cuantitativa y a los diseños experimentales para la comprobación de hipótesis y la generalización de resultados (Campbell y Stanley, 1969; Riecken y cols., 1974), el fenomenológico-constructivista utiliza métodos cualitativos para lograr una comprensión completa de la experiencia humana en su contexto natural, de manera inductiva y con un enfoque holista (Filshead, 1982; Guba y Lincoln, 1989).

Frente a la adhesión a un único paradigma y una sola metodología, durante los últimos años diversos autores han optado por el *pragmatismo*, que declara la compatibilidad de distintas aproximaciones teóricas y metodológicas, rechazando la creencia en la superioridad de unas sobre otras, y oponiéndose a la necesidad de elegir entre el paradigma positivista y el fenomenológico-constructivista, como dos opciones contrapuestas e incompatibles (Greene, Benjamin y Goodyear,

2001; Patton, 1990). El pragmatismo ha sido considerado como un paradigma alternativo a los dos anteriores (Cook y Reichardt, 1982; Patton, 1990; Tashakkori y Teddlie, 1998), en el que la propuesta de triangulación metodológica, de Denzin (1975), es considerada como uno de los principales pasos en el desarrollo metodológico hacia la articulación cualitativo-cuantitativo, convirtiéndose en referencia general para quienes plantean posibilidades de integración. La lógica de la triangulación viene a decir que el investigador estará más seguro de la validez de sus resultados si utiliza diversas fuentes, teniendo en cuenta que cada fuente tiene ventajas y sesgos específicos (Denzin, 1975:308). Para este autor, las posibles fuentes de triangulación son:

- Los *datos* (producidos en distintos espacios, en distintos tiempos y/o con distintas personas).
- El *observador* (varios investigadores observando lo mismo).
- La *teoría* (utilización de varios modelos teóricos en el análisis y creación de hipótesis).
- Y, por último, el *método* (utilización de varios métodos en la investigación de los mismos objetivos, con intención de equilibrar los sesgos de cada método).

La presente investigación se ve reflejada en este último, esto es, la combinación de métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas para la determinación de los mismos objetivos.

Basándose en el trabajo de Cook y Reichardt (1986), se puede decir que no existen atributos excluyentes en ambos paradigmas. Del antagonismo paradigmático se pasa a la relevancia de la integración (Laurie y Sullivan, 1991).

Siguiendo la propuesta que Javier Ca-

llejo hace en su artículo^a, se puede determinar que el diseño de la investigación puede encajar en el diseño que él mismo propone y al que llama «Articulación diacrónica», esto es, se combinan a lo largo del tiempo prácticas cualitativas y cuantitativas sobre un mismo objetivo de articulación, con la intención de que se refuercen ambas. Los mismos objetivos, investigadores y la estrategia articuladora, es lo que hace de esta estrategia una combinación y no una mera sucesión de estudios cuantitativos y cualitativos alternativos.

A continuación, y explicada la cuestión nuclear de la triangulación metodológica o utilización simultánea de métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas, se pasará a describir en qué ha consistido la parte cualitativa y, posteriormente, la parte cuantitativa.

El término *cualitativo*, siguiendo a Blaxter, Hughes y Tight (2000)^b, remite a un interés directo por la experiencia según se vive, se siente o se sufre; su cometido es interpretar la experiencia del modo más parecido posible a cómo lo sienten o vivencian los participantes. Se encuentra muy relevante lo que refieren J. Gutiérrez Brito y C. del Val (2005): «es, pues, fundamental traer el discurso de los protagonistas, el cuál debe ser entendido como una labor analítica ambigua que rompe y descompone el texto, para luego suturarlo y recomponerlo de nuevo». Los discursos son analizados como productos del lenguaje, derivados de una serie de interacciones sociales enmarcadas en un contexto social específico. Se pretende realizar una comprensión de la realidad social observada e interpretada a través de

los discursos analizados, siempre desde una vertiente crítica y analítica, aportando al lector los elementos de juicio necesarios para entender dicha realidad.

Como ya se hace referencia anteriormente, se ha elegido una combinación de métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas, sin pretender una prevalencia de ninguna. En lo correspondiente al análisis cualitativo, las técnicas y prácticas utilizadas son básicamente las entrevistas semiestructuradas y el análisis de textos y discursos de diferentes fuentes documentales.

Para la realización del presente análisis se han efectuado un total de ocho entrevistas, semiestructuradas, esto es, han seguido un guión establecido previamente e implementado por el entrevistador. Las entrevistas se han realizado a personas que de manera directa están implicadas con los EASC, bien por trabajar directamente en ellos, bien por colaborar con ellos estrechamente, o bien por ser usuario del recurso en sí.

- **Sujeto 1 (entrevista 1):** médico psiquiatra del Servicio de Salud Mental de Puente de Vallecas, Jefe de Servicio, con más de veinticinco años de experiencia en el sector.
- **Sujeto 2 (entrevista 2):** trabajadora Social del Servicio de Salud Mental de Puente de Vallecas, con más de veinte años de experiencia en el sector, que además es Secretaria de la Asociación Madrileña de Salud Mental.
- **Sujeto 3 (entrevista 3):** trabajadora Social del EASC del distrito de Puente de Vallecas, desde hace un año y medio.
- **Sujeto 4 (entrevista 4):** psicóloga del EASC del distrito de Puente de Vallecas, desde hace más de seis años, y trabajando en el ámbito de la Rehabilitación Psicosocial desde hace unos diez años.

^a Callejo J. Sobre el uso conjunto de prácticas cuantitativas y cualitativas. *Revista Internacional de Sociología (RIS)* 1998;(21):115.

^b Blaxter L, Hughes C, Tight M. *Cómo se hace una investigación*. Barcelona, Ed. Gedisa; 2000.

- **Sujeto 5** (entrevista 5): varón, 22 años, usuario del EASC desde hace algo más de un año.
- **Sujeto 6** (entrevista 6): mujer, 31 años, usuaria del EASC desde hace unos tres años aproximadamente.
- **Sujeto 7** (entrevista 7): varón, 45 años, usuario del EASC desde hace más de dos años.
- **Sujeto 8** (entrevista 8): mujer, 36 años, usuaria del EASC desde hace un año y medio.

La selección muestral de las entrevistas se ha realizado dividiendo a los sujetos en tres bloques:

- a) Los sujetos 1 y el 2 son personas que trabajan en coordinación permanente y fluida con el EASC, ya que como se ha explicado a lo largo del trabajo, en el Servicio de Salud Mental existe el Programa de Continuidad de Cuidados, con quién el EASC trabaja en coordinación muy estrecha, como parte de la red pública de atención a personas con enfermedad grave y duradera de la Comunidad de Madrid. Estos profesionales, psiquiatra y trabajadora social, son integrantes del equipo de continuidad de cuidados del SSM de Puente de Vallecas, y las preguntas que se les han formulado han estado orientadas a conocer su opinión sobre el trabajo que desarrolla el EASC, qué valoración les merece la existencia de este recurso, la relación institucional entre ambos recursos, de qué manera incide o reduce el trabajo del EASC en los usuarios beneficiarios y todo lo que ello conlleva, etc.
- b) Los sujetos 3 y 4 son profesionales que trabajan directamente en el EASC de Puente de Vallecas, es decir, personas de referencia y cuyos testimonios

son capitales para la investigación, posibilitando la comprensión del recurso, tanto al investigador como, se espera, al lector. De entre los cinco profesionales del recurso, se ha elegido a la psicóloga y a la trabajadora social porque son las que más responsabilidad tienen sobre los casos y en la coordinación con diferentes recursos. Las preguntas que se les han formulado están relacionadas con la comprensión del funcionamiento del recurso, las expectativas que tienen sobre los logros que esperaban cumplir cuando empezaron a trabajar y su consecución o no, la repercusión de su trabajo en los usuarios, etc.

- c) Por último, el bloque final, y probablemente el más importante, es el de los usuarios que están en tratamiento con el EASC. Es de reseñar que la aproximación a los usuarios no ha sido del todo fácil, ya que algunos se han mostrado disconformes con su participación en esta investigación, por lo que se ha tenido que reelaborar sobre la marcha la muestra inicial que se había consensuado entre el investigador y los profesionales del EASC. Desde un primer momento, se determinó no escoger a un número demasiado grande de usuarios (pues podía resultar inabarcable para el investigador), mas se establecieron ciertos criterios de representatividad, como el del equilibrio de género: de los cuatro usuarios, dos hombres y dos mujeres, que tuvieran perfiles y circunstancias psicosociales diversas, así como diferentes diagnósticos entre sí. La información más relevante que se ha pretendido obtener de estas entrevistas ha sido, en esencia, la relacionada con aspectos propios de las vivencias de cada uno en el EASC, qué significa para ellos el EASC y la importancia o no que le atribuyen en su proceso de rehabilitación.

La base epistemológica del cuantitativismo se halla en el positivismo y en el funcionalismo, corrientes surgidas en Europa a lo largo del siglo XIX y XX respectivamente, ambas con un sustrato empirista muy claro.

La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables. Estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas. Se considera que el abordaje de los datos es estático, asignándose los valores numéricos. La metodología cuantitativa trata, pues, de examinar los datos de manera científica, o más específicamente, en forma numérica, generalmente con ayuda de herramientas del campo de la estadística.

Como ya se ha señalado, dicha investigación parte de un paradigma positivista, cuyo objetivo es explicar y describir las causas de los fenómenos estudiados, así como generalizar, extrapolar y universalizar, siendo el objeto de la investigación hechos objetivos existentes y sometidos a leyes y patrones generales. El fenómeno que estudia este tipo de investigación es siempre observable, medible y replicable, haciéndolo en un contexto controlado donde se utiliza un lenguaje con precisión matemática y con modelos estadísticos de codificación numérica. Además, las hipótesis y teorías de la misma están expresadas explícitamente y el diseño de la misma se ha fijado con antelación.

Para la realización de la presente investigación, en la vertiente cuantitativa, se ha

hecho un análisis estadístico de una serie de datos, haciendo uso del programa SPSS (versión 18), siglas que corresponden a *Statistical Package for the Social Sciences*.

A la hora de planificar la investigación cuantitativa, se han utilizado una serie de variables, con las que se pueda obtener información que ayude a arrojar luz sobre las hipótesis y objetivos planteados, y se explicarán en las páginas sucesivas.

A continuación se va a proceder a explicar las características de la muestra escogida para la investigación. El tamaño de la muestra que se ha utilizado para la investigación es de un total de cincuenta y seis usuarios ($n = 56$). Todos ellos corresponden a los primeros cincuenta y seis usuarios que pasaron por el EASC, desde el mes de diciembre de 2005 (cuando se pone en funcionamiento el recurso), hasta el mes de enero de 2012 (cuando comienza la investigación).

- **Sexo:** de un total de 56 sujetos, nos encontramos con 22 mujeres y 34 hombres, lo que arroja unos porcentajes de 39,3% para las primeras y de 60,7% para los segundos.
- **Edad:** la media de edad es de 46,61 años; la mediana es 46 en este parámetro; y la moda es 37. Los 56 sujetos están comprendidos en un rango de edad que va de 22 años (el/la menor), a 65 el/la mayor (tabla I).

Se ha dividido a todos los sujetos en tres segmentos de edad, siendo el «1» el correspondiente a los sujetos

TABLA I
Usuarios del EASC divididos por segmentos de edad

	18-30 años	31-50 años	51-65 años
Frecuencia	4	32	20
%	7,1 %	57,1 %	35,7 %

TABLA II
Años que llevan los usuarios siendo atendidos por el EASC

	0-1 años (1)	1-2 años (2)	2-3 años (3)	3-4 años (4)	4-5 años (5)	5-6 años (6)	6-7 años (7)
Frecuencia	12	17	9	4	4	5	5
%	21,4 %	30,4 %	16,1 %	7,1 %	7,1 %	8,9 %	8,9 %

TABLA III
Situación en la que están los usuarios en el EASC
en el momento de la investigación

	Activo	Baja	Alta	Abandono
Frecuencia	25	8	15	8
%	44,6 %	14,3 %	26,8 %	14,3 %

entre 18 y 30 años, el «2» corresponde a los sujetos con edades comprendidas entre los 31 y los 50, y finalmente el «3» es atribuido a los sujetos que oscilan entre 51 y 65 años. El dato más interesante de esta variable es la moda, que corresponde al grupo 2, por lo que se colige que el segmento de edad más representado es el que corresponde a edades comprendidas entre los 31 y los 50 años (tabla II).

- **Años atendidos:** en esta variable se ha pretendido reflejar los años atendidos por el EASC que llevan los sujetos. Se han agrupado los resultados, realizado siete subdivisiones o intervalos, resultando una clasificación que va del 1 a 7, siendo 1 usuarios que llevan entre cero y un año atendidos, y 7 engloba a usuarios que llevan entre seis y siete años. Como resultados reseñables, nos encontramos que la moda corresponde al «2», es decir, el valor que más se repite es el de los usuarios que llevan entre 1 y 2 años atendidos (tabla III).
- **Situación respecto al EASC:** al igual que en la variable anterior, en esta se ha procedido a asignar un valor numé-

rico a cada uno de los cuatro estados posibles en los que puede estar un usuario en el EASC, esto es: activo, baja, alta y abandono. Un usuario está *activo* cuando está siendo efectivamente tratado por el EASC, es decir, ha sido derivado desde el SSM de Puente de Vallecas y se está interviniendo con él. Por *baja* se entiende usuarios que por circunstancias como cambio de domicilio, abandono por decisión familiar, expulsión, fallecimiento, suicidio, derivación a otro recurso, etc., no continúan en el recurso, antes de haber cumplido los objetivos que tenían marcados. Sin embargo, *alta* significa que los usuarios han cumplido con todos los objetivos con los que fue derivado y que fueron planteados en el plan de intervención, y se valora que ya no hay necesidad de que continúe siendo atendido por el EASC. Por último, por *abandono* se entiende estrictamente que el usuario de manera unilateral y personal decide no continuar con el proceso de trabajo del EASC, rompiendo la relación con el recurso. Pues bien, habiendo sido matizados estos aspectos, los códigos asignados para la investi-

gación son «1» para activo, «2» para baja, «3» para alta y «4» para abandono. Lo más significativo respecto a las frecuencias, es que la moda es «1», por lo tanto, el valor que más se repite es el de usuarios en activo, estando un total de 25 usuarios en esta situación, cifra correspondiente al 44,6 % del total, representando el grupo «2» el 14,3 %, el «3» el 26,8 % y el «4» el 14,3 %.

Uno de los aspectos más importantes de la investigación cuantitativa, es el relativo al funcionamiento psicosocial de los sujetos del estudio, que se mide a través de la Escala de Evaluación de Funcionamiento Global (EEFG). Dicha escala se ha operativizado en una variable, el EEFG, que se mide en dos momentos, esto es, el EEFG pre y el EEFG post. En el EEFG pre hemos introducido las puntuaciones que han obtenido todos los usuarios de la muestra en el momento en el que empiezan a trabajar con el EASC. Se trata de una puntuación numérica que va del 0 al 100. Por otro lado, en el EEFG post se ha tomado la última vez que se le ha pasado a un usuario dicha escala. Por ejemplo, si un usuario dejó el recurso en el año 2008, su puntuación del EEFG post es la correspondiente a ese mismo año; pero si un usuario sigue en activo, su última EEFG es la que se le ha pasado en 2011, ya que la del presente año 2012 se pasa a finales de año. En el apartado de análisis de resultados, se explicará cómo se han utilizado estas variables y su cruce con otras variables diferentes.

El otro elemento clave de esta investigación es el de los ingresos psiquiátricos que han padecido los usuarios. La estabilidad psicopatológica es realmente importante, por eso interesa medir el asunto de los ingresos. Para analizar este punto, se han elaborado tres medidas de la variable «ingresos». La primera es la me-

dia de ingresos que ha tenido desde que fue diagnosticado de su enfermedad mental en el SSM, hasta que empezó a trabajar en el EASC. La segunda es el número de ingresos que tuvo en el año previo a ser derivado al EASC; a esta variable se la ha llamado *ingresos pre* en el año anterior a la derivación. Y la tercera medida es el número de ingresos que han tenido los usuarios de la muestra en el último año de atención que hayan tenido en el EASC, que se ha llamado *ingresos post*. Al igual que se ha reflejado antes, en el apartado de análisis de resultados se ofrecerán todas las explicaciones posibles sobre la utilización de estas variables y sus cruces.

RESULTADOS

Antes de proceder a efectuar el análisis de los datos obtenidos, es necesario destacar las ideas transversales del trabajo: se pretende ahondar en el conocimiento de un recurso relativamente novedoso en España, como son los EASC, y concretamente, el EASC del distrito de Puente de Vallecas, en Madrid. Básicamente se parte de dos premisas: que, gracias a la intervención de este equipo, los usuarios beneficiarios experimentan una mejora reseñable a nivel de funcionamiento global y de autonomía; y que el EASC contribuye a la reducción del número de ingresos psiquiátricos de los usuarios (y el llamado por muchos profesionales del sector «efecto de la puerta giratoria»).

Resultan interesantes las opiniones que se han recogido en las entrevistas realizadas a los diferentes sujetos de la investigación. Una vez analizadas las entrevistas, se examinó la parte cuantitativa para ver si existía alguna relación entre la información obtenida por ambas vías, y si los resultados mostraban algún tipo de coherencia entre ellos.

Se observa que, cuando se analizan datos utilizando un programa de tratamiento estadístico como el SPSS, lo que es estadísticamente significativo aparece rápidamente y de manera categórica. No ocurre lo mismo cuando se analizan los discursos de las entrevistas realizadas, pues la metodología cualitativa requiere de un análisis pormenorizado de los entresijos de sus reflexiones, por lo que se hace necesaria una valoración sosegada y metódica de la información obtenida, al existir una gran disparidad de opiniones entre los sujetos entrevistados, acerca de las cuestiones objeto de estudio. Cada actor aporta su punto de vista, obteniendo así una visión poliédrica de una misma realidad, que a continuación se pasará a intentar desentrañar y explicar al lector.

Resulta interesante la aportación que realizan los profesionales entrevistados del Servicio de Salud Mental de Puente de Vallecas. Aportan una visión externa del EASC, desde la colaboración estrecha con ellos, pero manteniéndose en una neutralidad y objetividad muy enriquecedora. Tanto el entrevistado (sujeto 1), como la entrevistada (sujeto 2), realizan una valoración muy positiva de lo que representa el EASC de Puente de Vallecas para ellos, aunque con algunos matices.

El entrevistado destaca por encima de todo la ayuda que les presta el EASC a la hora de poder llegar a los pacientes, ya que, en parte, su creación está motivada para poder llegar a esos usuarios que antes, por diversas circunstancias, no podían llegar a Salud Mental.

En la misma línea se manifiesta la trabajadora social del SSM, quien sostiene lo siguiente, al preguntarle por cómo explicaría breve y concisamente qué es un EASC.

Ambos profesionales aseveran que el EASC tiene como una de sus funciones principales el facilitar el acercamiento o el enganche del paciente con dificultades

para ello, bien al Centro de Salud Mental o bien a los recursos de la Red de Atención. Además, se observa claramente una delegación de funciones que el SSM no podía asumir en el EASC, lo que trasluce una relación de confianza y de cooperación bidireccional y fluida.

En cuanto al tema de la mejora del funcionamiento psicosocial de los usuarios beneficiarios del EASC, ambos parecen tener bastante claro que el EASC desempeña una labor sustancial de cara a los usuarios, y que gracias a sus intervenciones, los usuarios experimentan una mejora en su autonomía, cumpliendo generalmente con los objetivos que tienen los pacientes al ser derivados al EASC desde el SSM.

De las entrevistas con estos dos profesionales del SSM, la impresión que se obtiene es que valoran enormemente la labor del EASC, tanto en la vertiente de colaboración con ellos como, es decir, de extensión del SSM hacia los usuarios, como en la parte de intervención propiamente dicha. Además, el Jefe de Servicio realiza una declaración en la que habla de dos de los pilares de los procesos de rehabilitación, como son el establecimiento de una buena relación terapéutica con el usuario por parte del equipo, y del asunto de la confianza, tema este capital cuando aparecen las relaciones de poder entre profesional y usuario, y que según su criterio, el EASC consigue inducir esa confianza en el proceso terapéutico en el usuario.

En relación con los profesionales del EASC, como se cita con anterioridad, las entrevistas se mantienen con la trabajadora social y con la psicóloga. Ambas mantienen unas ideas bastante consistentes sobre lo que es su trabajo y sobre lo que deberían conseguir con el fin de mejorar el funcionamiento y la autonomía de los pacientes. Se observa en ambas profesionales que ambas no se atribuyen los posi-

bles logros o «méritos» que hayan podido obtener con los usuarios. No obstante, sí se muestran realistas sobre lo que deberían conseguir, es decir, tienen claro a nivel teórico lo que se espera de ellas, su cometido con los usuarios.

Por su parte, la trabajadora social del EASC, pone de manifiesto la importancia que tiene la metodología de trabajo del equipo para conseguir esa mejora del funcionamiento psicosocial, y que consiste en un trabajo «*in vivo*», es decir, dentro del contexto más cercano al usuario, esto es, su barrio, su propio domicilio o su entorno próximo.

En la misma línea se manifiesta la psicóloga del EASC, quien atribuye al trabajo en este contexto próximo al usuario la clave de la metodología, que suele redundar en una mejora de los usuarios a nivel de funcionamiento psicosocial.

Una vez establecido ese vínculo, generada esa confianza en el proceso de intervención, los usuarios han de ser participantes activos de su proceso de cambio, no meros receptores. La trabajadora social también lo señala como una de las claves. A partir de ahí, su experiencia es muy positiva, y realmente opina que sí se produce una mejoría generalizada de los pacientes, aunque con la matización de que también depende de las expectativas previas y del estado psicopatológico del paciente, así como de otras circunstancias sociales. Pero ella cree, y también lo creemos nosotros, que la norma general invitaría a pensar que si se cumplen los pasos previos de establecimiento del vínculo, confianza y *empowerment*, en la mayoría de los casos, los usuarios tienen muchas posibilidades de mejorar su funcionamiento psicosocial, así como su autonomía para realizar multitud de tareas o actividades que previamente no podían o no estaban capacitados para realizar.

Por lo tanto, creemos que gracias a que se puede trabajar en el entorno de

los usuarios, conocer su contexto más cercano y ver cómo se desenvuelve el usuario en su escenario natural, el EASC puede comenzar un proceso de rehabilitación con más garantías de éxito que si lo hiciera desde un CD o un CRPS, centros en los cuales se trabaja desde la artificialidad de un contexto no real para el usuario. Además, desde el EASC, se pueden acometer objetivos más ambiciosos de mejora de la autonomía que desde los recursos ambulatorios, dicho esto sin deslegitimar las intervenciones que se realizan desde este tipo de recursos, que son tremendamente profesionales y solventes, pero el EASC no tiene el campo de actuación natural tan constreñido como sí se tiene en estos recursos.

En cuanto a las entrevistas realizadas con los usuarios, que son los verdaderos protagonistas de sus procesos de rehabilitación, y cuyos testimonios resultan de un valor incalculable, cabe destacar que existe una línea general de valoración positiva del trabajo que realiza el EASC con ellos, aunque cada uno observa la realidad de una manera diferente, pues parafraseando a Ortega y Gasset, cada usuario es él y sus circunstancias. No se trabaja con todos los mismo, y cada uno tiene una problemática con unas necesidades y unos objetivos diferentes, pero en esencia, los discursos analizados son convergentes en la dirección de la valoración positiva y el aprecio tanto a los profesionales del equipo como al trabajo que realizan con ellos.

Algunos usuarios, como es el caso del entrevistado 5, presentan una problemática relativa al aislamiento y una desestructuración organizativa, focalizada en el tema de los estudios, por lo que el EASC centra su trabajo en estos ámbitos, en esencia, aunque tangencialmente se trabajan con él todo tipo de aspectos. El usuario valora muy positivamente la figura del EASC como un «apoyo», alguien

en quien confiar y a quien contar todo lo que le sucede, así como también pone de relieve la gran importancia que ha tenido el equipo en su vuelta a los estudios y en su mantenimiento actual en estos.

La entrevistada número 6 también coincide en destacar la importancia del EASC como un «apoyo» muy grande en su vida. Esta usuaria partía de un historial previo de ingresos psiquiátricos muy extenso, así como de una desorganización en muchos ámbitos de la vida, sintiéndose incapaz de afrontar prácticamente cualquier tarea que le requiriese algún mínimo de autonomía. Su valoración hacia el EASC es muy positiva, y a la vista de los resultados obtenidos con ella, se puede dar fe de que la intervención con esta usuaria ha conseguido unos logros difícilmente imaginables cuando fue derivada al recurso, pues la usuaria reside de manera autónoma en su domicilio, y está preparándose para la vida laboral en un taller del Centro de Rehabilitación Laboral en el distrito.

Por su parte, el entrevistado 7 centra su discurso en aspectos más tangibles, más prácticos para él. Refiere que el EASC le ayuda a desenvolverse mejor en diversos aspectos: todo lo relativo a la cocina, control del gasto, hábitos de salud, gestiones, etc., siendo estos aspectos los que le permiten tener suficiente autonomía para desenvolverse en su domicilio (reside con el hermano, pero no depende de él en ningún aspecto). No obstante, también se muestra crítico hacia el trabajo del EASC.

La última usuaria entrevistada, el sujeto 8, refiere que toda su problemática está relacionada con el conocimiento de la enfermedad y afrontamiento, es decir, sobre temas de psicoeducación. Atribuye al EASC una gran responsabilidad en su proceso de rehabilitación, sosteniendo que desde que está con ellos ha experimentado una mejora sustancial, aunque

es consciente de que le queda un largo camino por recorrer. Además, la usuaria valora de manera especial la metodología de trabajo, teniendo muy presente que es uno de los «fuertes» del EASC.

El lector puede observar que en los cuatro sujetos seleccionados se observan problemáticas diferentes y diversos modos de afrontarlas. Cada uno valora un aspecto de la intervención que el EASC hace con ellos, aunque en todos los testimonios se puede extraer, apreciar e interpretar un denominador común, esto es, una mejora global en el funcionamiento psicosocial de los usuarios, pues desde que son derivados al EASC, todos han experimentado alguna mejoría, bien sea en el conocimiento de su enfermedad, en la reducción del aislamiento, en el mantenimiento en su casa, en elaborar planes de vida futuros, etc.

La sensación que le queda al entrevistador es que los cuatro sujetos consideran al EASC un elemento muy importante en su vida; de hecho, algunos podrían llegar a pensar en el equipo como una piedra angular en su vida.

Es posible que, de cara a la validez de la investigación cualitativa, quepa hacer una crítica en la selección de la muestra de sujetos. Los cuatro sujetos que han accedido a realizar las entrevistas son personas que están bastante estables psicopatológicamente, y que mantienen una buena relación de trabajo con el EASC, pero probablemente no se pueda extrapolar esta situación a todos los usuarios actualmente derivados en el EASC. Sería interesante conocer la opinión de otro tipo de usuarios con más dificultades de relación con ellos, que estén todavía en fase de enganche, e incluso con usuarios que hayan sido dado de alta y estén en fase de seguimiento. Debido a la dificultad de tener que contactar con los usuarios y que acepten colaborar desinteresadamente en la investigación, con el trastorno que esto

les puede suponer, se ha podido contar con los testimonios de estas cuatro personas, cuya elección se ha procurado que sea lo más representativa posible de los perfiles que existen en el EASC, así como que tuvieran una buena capacidad de *insight*.

Acto seguido, se van a pasar a explicar los datos obtenidos con el análisis estadístico, relativos a la parte de la investigación sobre la autonomía y el funcionamiento de los usuarios. Como se explica en el apartado anterior, para el análisis cuantitativo relativo al funcionamiento y a la autonomía de los usuarios, se han tomado como variables las diferentes puntuaciones obtenidas por los usuarios en la Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (EEFG), que como recordamos, es una escala elaborada por la APA en 1994, y que se utiliza para medir el funcionamiento psicosocial de los individuos.

Análisis comparativo pre-post del funcionamiento psicosocial

Como se puede observar en la tabla IV, la primera comparación de variables que se realiza es entre los resultados obtenidos en el EEFG pre, esto es, aproximadamente al mes de entrar en el EASC (durante el período de evaluación), en contraste con el EEFG post, es decir, la puntuación obtenida por los usuarios en dicha escala en el último año que hayan estado en tratamiento (algunos todavía

están) en el recurso. Se recuerda que la muestra es de 56 usuarios ($n = 56$), aunque el número de usuarios válidos obtenidos para la muestra en el caso del EEFG es de 48 ($n = 48$), ya que existen ocho usuarios que no han sido computados al carecer de la valoración pre del EEFG. Mediante una diferencia de medias, calculada a través de una Prueba T de Student de diferencia de medias para muestras relacionadas, se rechaza la hipótesis nula, ya que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medidas del EEFG pre y del EEFG post. De aquí se infiere que se ha producido una mejora generalizada en los usuarios a nivel de funcionamiento psicosocial, que como se recuerda una vez más, es lo que mide esta escala. Por ello, cabe pensar que se consiguen los efectos esperados en esta variable, esto es, una mejora del funcionamiento psicosocial de los sujetos que han recibido la intervención del EASC de Puente de Vallecas respecto a su situación inicial.

Análisis comparativo del funcionamiento psicosocial post en función de la situación y posterior prueba post hoc para determinar dónde radican las diferencias encontradas en la tabla IV

Si se realizan más operaciones estadísticas, también se llega a conclusiones interesantes. Como se explicó en la parte

TABLA IV
Prueba T de Student de diferencia de medias para muestras relacionadas

Media	Desviación típica	Error típ. de la media	95 % intervalo de confianza para la diferencia				
			Inferior	Superior			
<i>Par 1. EEFG pre - EEFG post</i>							
-9,37500	9,67696	1,39675	-12,18490	-6,56510	-6,712	47	,000*

de la metodología cuantitativa utilizada, se han realizado diferentes comparaciones tanto en el EEFG pre como en el post en función de diversas variables (tabla V), como, por ejemplo, los estados de los usuarios respecto al EASC (alta, baja, activo y abandono), respecto a los grupos

de edad (de 18 a 30, de 31 a 50, y de 51 a 65), y respecto a los años atendidos (se han creado grupos del 1 al 7) realizando operaciones ANOVA de un factor, y también respecto al sexo de los usuarios, utilizando en esta última una Prueba T de Student para diferencia de medias de

TABLA V
Análisis comparativo del funcionamiento psicosocial post en función de la situación. ANOVA de un factor

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
EEFG post	Intergrupos	1.499,920	3	499,973	6,473	,001*
	Intragrupos	3.552,960	46	77,238		
	Total	5.052,880	49			

* La diferencia de medias es significativa al nivel $<0,05$.

TABLA VI
Prueba post hoc para determinar dónde radican las diferencias encontradas en la tabla V (comparaciones múltiples: Bonferroni)

Variable dependiente	(I) sit	(J) sit	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95 %	
						Límite inferior	Límite superior
EEFG post	Activo	Baja	16,37333	3,99532	,001*	5,3575	27,3891
		Alta	-1,62667	3,08643	1,000	-10,1365	6,8832
		Abandono	1,04000	3,75813	1,000	-9,3218	11,4018
	Baja	Activo	-16,37333	3,99532	,001*	-27,3891	-5,3575
		Alta	-18,00000	4,39427	,001*	-30,1158	-5,8842
		Abandono	-15,33333	4,88949	,018*	-28,8145	-1,8522
	Alta	Activo	1,62667	3,08643	1,000	-6,8832	10,1365
		Baja	18,00000	4,39427	,001*	5,8842	30,1158
		Abandono	2,66667	4,17978	1,000	-8,8577	14,1910
	Abandono	Activo	-1,04000	3,75813	1,000	-11,4018	9,3218
		Baja	15,33333	4,88949	,018*	1,8522	28,8145
		Alta	-2,66667	4,17978	1,000	-14,1910	8,8577

* La diferencia de medias es significativa al nivel $<0,05$.

muestras independientes. Se presenta aquí tan solo la tabla de la ANOVA (post hoc, Bonferroni) (tabla VI) del EEFG post relacionada con los estados de los usuarios (baja, alta, etc.), que es la única que presenta algún resultado estadísticamente significativo.

Observando la tabla VI, se puede apreciar que, de todas estas operaciones, solo se obtiene una que dé un resultado estadísticamente significativo: la diferencia de los usuarios a los que se les ha asignado el estado de «baja» (esto es, usuarios que por circunstancias como cambio de domicilio, abandono por decisión familiar, expulsión, fallecimiento, suicidio, derivación a otro recurso, etc., no continúan en el recurso) respecto a los demás estados (activo, abandono o alta) en el EEFG post. Aquí nuevamente se vuelve a rechazar la hipótesis nula, ya que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medidas del EEFG post en los usuarios en estado de baja frente a todos los demás usuarios. Esto nos lleva a concluir que los usuarios con estado de baja obtienen unas puntuaciones menores que los demás en el funcionamiento global post, por lo tanto, se deduce que se muestran con más dificultades a nivel de funcionamiento que los demás usuarios, aceptando además que en el EEFG pre no partían de diferencias estadísticamente significativas frente a los demás grupos.

Este último dato resulta llamativo, porque la lógica podría llevar a pensar que los usuarios que más dificultades tendrían a nivel de funcionamiento psicosocial serían aquellos que se encuadran dentro del grupo de abandono, es decir, los que rechazan unilateralmente la intervención con el EASC, que podrían quizá tener un perfil en el que resaltase el aislamiento social y la falta de habilidades sociales.

En las demás comparaciones no se obtiene nada estadísticamente significativo, por lo que se puede entender que no exis-

ten diferencias muy relevantes en el EEFG pre, ni tampoco en el post, cuando se comparan a nivel de sexo, según los grupos de edad, o en base a los años que lleven atendidos en el recurso, pero como se ha reseñado, sí que las hay cuando se establece una diferencia de medias comparando el EEFG pre y el post, sin filtros de ninguna clase, y realizando una ANOVA de un factor también aparecen diferencias estadísticamente significativas en el EEFG post de los usuarios de baja frente a los demás grupos.

Volviendo a los resultados obtenidos en la parte cualitativa y en la cuantitativa, se pueden interpretar como complementarios. Los primeros sustentan a los segundos y viceversa. La escala EEFG utilizada en el ámbito cuantitativo permite hacerse una idea del estado de funcionamiento psicosocial y de su evolución, y como se ha explicado previamente, al analizar los datos se obtienen resultados estadísticamente significativos en la mejora pre-post del EEFG, a nivel general de todos los usuarios. Curiosamente, los cuatro usuarios entrevistados también experimentan esa mejora pre-post en el EEFG, de manera unánime, lo que coincide con su valoración subjetiva de la mejora en su proceso de rehabilitación, pues como se ha descrito anteriormente, cada uno aprecia mejoras en su funcionamiento, desde una óptica u otra, y unos aspectos diferentes, pero en esencia, todos ganan en autonomía para realizar acciones en las que previamente presentaban dificultades.

Se puede apreciar que, lejos de establecer una jerarquía cuantitativa-cualitativa, los resultados obtenidos se retroalimentan y son complementarios, enriqueciéndose, sustentándose y ganando en validez y fiabilidad.

La segunda de las hipótesis que se contempla en esta investigación es la siguiente: «este tipo de recursos comunitarios de rehabilitación psicosocial ayudan a dismi-

nuir el número de ingresos psiquiátricos en los pacientes beneficiarios». Es decir, se pretende obtener información para ver si se puede establecer una relación entre la intervención de los EASC y una posible reducción del número de ingresos psiquiátricos, generalmente en Unidades de Hospitalización Breve de los Hospitales que, por zona, tengan designados los usuarios. Cabe recordar al lector, que un ingreso hospitalario es un hecho muy traumático para el usuario que lo padece, así como para sus familias, ya que suele ser una experiencia que marca profundamente a la persona que lo padece, y que suele ser vivido como algo estigmatizante y aversivo. Muchos usuarios realizan ingresos constantes, protagonizando lo que muchos profesionales del sector llaman «efecto de la puerta giratoria», consistente en una entrada y salida constante de este tipo de hospitalizaciones, sin observarse una mejora ni alcanzarse estabilidad psicopatológica.

Se recuerda también al lector que existen tres tipos de ingresos o internamientos psiquiátricos: el voluntario, el involuntario, y el internamiento por orden judicial. Los ingresos se producen fundamentalmente por las siguientes razones: para tener al enfermo bajo observación debido a que el inicio de la enfermedad es a veces confuso y es necesario controlarlo de cara a su evolución; cuando existe un riesgo físico de cara al paciente o a su familia durante una crisis aguda, cuando aparecen intentos autolíticos o simplemente cuando la conducta del enfermo sea incompatible con la vida en libertad; tener que llevar a cabo un tratamiento que no es posible administrar en casa o que por él mismo no se haría (por ejemplo, si la persona con enfermedad mental carece de conciencia de enfermedad o de adherencia al tratamiento); etc.

A continuación se va a proceder a realizar un análisis pormenorizado de los

discursos recogidos en las entrevistas con los diferentes sujetos de la investigación. Sorprende la variedad de visiones y opiniones sobre un mismo aspecto. Nuevamente queda de manifiesto la riqueza de la perspectiva cualitativa.

En las entrevistas efectuadas a los sujetos 1 y 2, los profesionales del SSM de Puente de Vallecas, resulta muy llamativo la divergencia de los puntos de vista sobre una misma realidad con unos mismos sujetos protagonistas (los pacientes). La trabajadora social del SSM, transmite una visión que invita a pensar que realmente la intervención de los EASC no es muy relevante a la hora de ayudar a reducir el número de ingresos, pero sí que resalta la importancia en otros aspectos como la mejora en la calidad de vida. Además, avala esa afirmación o esa idea en base a un estudio que se realizó hace unos tres o cuatro años conjuntamente con el SSM de Villa de Vallecas, y que tenía por objetivo evaluar algunos aspectos de los logros que habían obtenido hasta la fecha los EASC.

Entre los ítems a evaluar, uno era el de la variación del número de ingresos psiquiátricos, y al parecer, no resultó ser muy significativo el resultado en este aspecto. Al parecer se realizó con una muestra de entorno a unos cincuenta y cinco sujetos de ambos SSM.

En cambio, el entrevistado 1, tiene una visión diferente a la de la entrevistada: parece que para él sí hay una relación clara entre ambos elementos, esto es, intervención del EASC y reducción del número de ingresos psiquiátricos de los usuarios. A la pregunta de si él cree que se puede efectuar algún paralelismo entre ambos fenómenos, responde que sin duda alguna.

Cuando se pide información a los profesionales del EASC sobre el asunto de los ingresos psiquiátricos, tampoco se produce una respuesta muy clara. Tanto

la trabajadora social, como la psicóloga, responden que no lo ven del todo claro. Verbalizan que sí puede haber alguna relación en algunos casos, pero no se atribuyen el mérito, sino que hacen referencia a que se trata de un hecho multifactorial, y que ellos son solo una parte de esa realidad, por lo que asignarse toda la responsabilidad les parece algo excesivo. Aún así, la entrevistada 3 lo ve un poco claro que la entrevistada 4, pero no se atreve a aseverarlo con rotundidad.

En cuanto a las opiniones de los usuarios, resultan mucho más homogéneas y tendentes en la misma dirección. La pregunta sobre este punto se les realizó de la siguiente manera: «¿Crees que el EASC ha influido en que tengas menos ingresos psiquiátricos?; en caso afirmativo, ¿en qué crees que ha influido?»

El usuario 5 ha sufrido dos ingresos psiquiátricos antes de entrar en el EASC, y ninguno desde que está trabajando con ellos, esto es, desde hace más de un año. Cuando se le pregunta sobre este tema, parece tener las ideas más o menos claras, valorando muy positivamente la intervención del EASC.

Por su parte, la entrevistada 6 lo tiene aún más claro que el sujeto 5. Su caso es además muy significativo, ya que acumuló más de treinta ingresos psiquiátricos hasta que llegó al EASC. Desde que está con el equipo no ha vuelto a tener ninguno. Reconoce que el EASC la ha ayudado a prevenir los ingresos, dotándola de una serie de herramientas que antes no poseía.

Su testimonio resulta muy esclarecedor, ya que se trata de una usuaria que ha tenido un largo historial de ingresos psiquiátricos, y que desde que está con el EASC hace tres años, se ha conseguido directamente que no vuelva a ingresar, ahorrándole de esta manera todo el sufrimiento y el desgaste emocional que suscitan este tipo de situaciones.

El caso del sujeto 7 es especial dentro de la muestra seleccionada, ya que no cuenta con ningún ingreso en toda su vida, por lo que esta es una cuestión que se le escapa de su conocimiento. Refiere que es posible que el EASC tenga que ver en que la gente no ingrese, pero como él no ha padecido nunca esa situación, no puede tener una opinión al respecto.

Por último, la entrevistada 8, sí que ha tenido ingresos psiquiátricos, concretamente dos, y al igual que los sujetos 5 y 6, no ha vuelto a ingresar desde que está con el EASC. En este caso se da la peculiaridad de que no pone tanto el énfasis en el EASC, a pesar de reconocer que sí que hay una influencia del EASC en dicha situación, sino que realiza una introspección y se coloca a ella como principal agente de cambio, cosa que no ha sucedido en las demás entrevistas.

Así pues, los usuarios, aunque con matices y diferentes interpretaciones, sí que ponen el acento en la relación que puede existir entre la intervención del EASC y una posible disminución de los ingresos psiquiátricos. Probablemente pueda parecer algo casual, pero de los cuatro usuarios seleccionados para la muestra, ninguno de ellos ha vuelto a tener un ingreso psiquiátrico desde que está con el EASC, y eso que, concretamente, en el caso del sujeto 6 era algo muy recurrente (más de treinta ingresos en menos de catorce años).

En cuanto a la parte cuantitativa, se van a analizar los ingresos que han tenido los usuarios de la muestra que se ha utilizado para esta investigación ($n = 56$), desde varios puntos de vista.

Análisis comparativo pre-post de los ingresos hospitalarios de los usuarios del EASC

Se ha utilizado una prueba T de Student de diferencia de medias para muestras relacionadas, en la que se han efec-

TABLA VII
**Análisis comparativo pre-post de los ingresos hospitalarios
 de los usuarios del EASC.**
Prueba T de Student de diferencia de medias para muestras relacionadas

Media	Desviación típica	Error típ. de la media	95 % intervalo de confianza para la diferencia		Inferior	Superior
<i>Par 1. Media de ingresos pre-ingresos post</i>						
,24011	1,151297	,20589	-,17285	,65307	1,166	53 ,249
<i>Par 2. Ingresos en el año anterior a entrar en el EASC - ingresos post</i>						
,6481	2,09363	1,39675	-12,18490	-6,56510	-6,71	47 ,027*

* Este resultado nos indica que la relación entre ambas variables es estadísticamente significativa. Se considera estadísticamente significativo si se obtiene un valor inferior a 0,05.

tuado dos operaciones, que se explican a continuación (tabla VII).

En primer lugar, se ha comparado la media de los ingresos psiquiátricos que tenían los usuarios desde que han sido diagnosticados hasta que son derivados al EASC, frente al número total de ingresos que han tenido en el último año en que hayan estado con el EASC, estén de baja, alta, abandono o en activo. A esta última variable se le ha llamado «ingresos post». Como se puede observar en la tabla VII, este cruce de variables no resulta estadísticamente significativo, y analizándolo fríamente, tiene mucho sentido, ya que al tomar el valor de los ingresos previos como una media de los ingresos que han tenido en todos esos años, no corresponde a un dato real, a un valor absoluto, pues hay que reparar en que el proceso de una enfermedad mental no es un continuum lineal, sino que es un proceso en el que se producen muchos altibajos, fluctuaciones, pudiendo existir épocas de muchos ingresos seguidas de períodos de relativa estabilidad psicopatológica. Además, algunos usuarios tienen una evolución de la enfermedad de más de treinta años, mientras que otros presentan

una evolución de apenas dos o tres años, por lo que parece lógico pensar que no tenga mucha relevancia a nivel estadístico la comparación de ambas variables.

En cambio, sí que es estadísticamente significativa la relación entre la variable *ingresos* en el año previo a ser derivados al EASC y la variable *ingresos post*. Como refleja la tabla, sí que se produce esa relevancia, y la interpretación que se podría hacer de ese fenómeno, es que generalmente los usuarios presentan más ingresos en los años previos a ser derivados al EASC, y que incluso muchos equipos de continuidad de cuidados de los SSM valoran como un criterio de derivación a los EASC la existencia de usuarios que estén experimentando muchos ingresos psiquiátricos, para que se intente conseguir una cierta estabilidad psicopatológica.

Por lo tanto, siendo la primera variable un dato con un valor absoluto, al igual que la segunda, y resultando su relación estadísticamente significativa, se rechaza la hipótesis nula, y esto nos lleva a inferir que, gracias a la intervención del EASC, se consiguen los efectos esperados en esta variable, esto es, que los usuarios re-

duzcan sus ingresos psiquiátricos en el último año en el que hayan estado en tratamiento con el EASC, en comparación con los ingresos que han tenido en el año anterior a entrar en el recurso. Esto significa que es posible que se haya producido una mejora en la estabilidad psicopatológica de los usuarios, y a pesar de tratarse de una situación multifactorial y poliédrica la que rodea a cada usuario, probablemente la intervención del EASC haya proporcionado herramientas suficientes para que no se produzcan esas situaciones tan dramáticas de los ingresos psiquiátricos, o por lo menos que se aminoren.

Análisis comparativo de los ingresos pre en función de la situación y posterior prueba post hoc para determinar dónde están las diferencias de la tabla VII (comparaciones múltiples: Bonferroni)

Al igual que se ha explicado en la parte del EEFG, con los ingresos psiquiátricos también se han efectuado operaciones ANOVA de un factor, en las que se han realizado múltiples cruces de variables,

pero de todos ellos, tan solo producen dos resultados estadísticamente significativos (tablas VIII y IX). Se trata de que en los grupos de edad que se habían creado, el segmento de 18 a 31 años de edad presenta diferencias estadísticamente significativas frente a los demás grupos (31 a 50, y 51 a 65) en las variables de media de ingresos previas a ser derivados al EASC, y en la de número de ingresos en el año previo a entrar al EASC. Es decir, este segmento de usuarios ingresa más que el resto antes de entrar a trabajar con el EASC, tanto en media como el año previo. Lo llamativo viene después, pues al realizar una ANOVA de un factor con los ingresos post, se encuentra que no existen diferencias estadísticamente significativas, es decir, que las diferencias que existían previamente tienden a reducirse en el post, no hay diferencias apreciables intergrupos. De aquí se pueden colegir varias interpretaciones. La primera es que los usuarios más jóvenes son derivados al EASC probablemente en una fase más aguda de la enfermedad, con una mayor presencia de sintomatología positiva, que suele cursar acompañada de una mayor

TABLA VIII
Análisis comparativo de los ingresos pre en función de la situación:
ANOVA de un factor

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig
Número de ingresos psiquiátricos en el año previo a ser derivados al EASC	Intergrupos	27,965	2	13,982	3,854	,028*
	Intragrupos	185,017	51	3,628		
	Total	212,981	53			
Media de ingresos desde el diagnóstico hasta la derivación al EASC	Intergrupos	33,610	2	16,805	12,493	,000*
	Intragrupos	68,602	51	1,345		
	Total	102,211	53			

* Este resultado nos indica que la relación entre ambas variables es estadísticamente significativa. Se considera estadísticamente significativo si se obtiene un valor inferior a 0,05.

TABLA IX

**Prueba post hoc para determinar dónde están las diferencias de la tabla VIII
(comparaciones múltiples: Bonferroni)**

Variable dependiente	(I) sit	(J) sit	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95 %	
						Límite inferior	Límite superior
Número de ingresos psiquiátricos en el año previo a ser derivados al EASC	18-30	31-50	2,63333	1,01384	,037*	,1236	5,1431
		51-65	2,85000	1,04323	,026*	,2675	5,4325
	31-50	18-30	-2,63333	1,01384	,037*	-5,1431	-,1236
		51-65	,21667	,54983	1,000	-1,1444	1,5778
	51-65	18-30	-2,85000	1,04323	,026*	-5,4325	-,2675
		31-50	-,21667	,54983	1,000	-1,5778	1,1444
Media de ingresos desde el diagnóstico hasta la derivación al EASC	18-30	31-50	3,04855	,61618	,000*	1,5232	4,5739
		51-65	2,93574	,63803	,000*	1,3563	4,5152
	31-50	18-30	-3,04855	,61618	,000*	-4,5739	-1,5232
		51-65	-,11281	,33792	1,000	-,9493	,7237
	51-65	18-30	-2,93574	,63803	,000*	-4,5152	-1,3563
		31-50	,11281	,33792	1,000	-,7237	,9493

* Este resultado nos indica que la relación entre ambas variables es estadísticamente significativa. Se considera estadísticamente significativo si se obtiene un valor inferior a 0,05.

desestabilización psicopatológica, que a su vez genera más ingresos psiquiátricos. Además, como llevan menos años de diagnóstico que los demás grupos, su cifra media de ingresos respecto a años de diagnóstico es mucho más alta, por lo tanto estadísticamente más significativa. En segundo lugar, parece quedar de manifiesto que, una vez que el EASC interviene, se reducen las diferencias entre grupos, y además, como se explicaba anteriormente, también se reducen el número total de ingresos en el último año de tratamiento, comparado con los ingresos en el año antes de acceder al EASC. Parece prudente decir que la intervención del EASC se muestra de alguna manera efectiva, reduciéndose los ingresos y aho-

rando mucho sufrimiento a usuarios y familias, así como también se ahorran recursos públicos en las plantas de psiquiatría de los hospitales.

En este caso, los datos obtenidos por las dos vías, cuantitativa y cualitativa, parecen también apuntar a la existencia de una relación directa entre intervención del EASC y reducción del número de ingresos psiquiátricos por parte de los usuarios beneficiarios, pero dicha relación quizá no parezca tan clara y evidente como en el caso de la mejora en el funcionamiento psicosocial. No obstante, muchos de los testimonios de los sujetos entrevistados se manifiestan en esa dirección, verbalizando que sí existe una relación clara entre la intervención del EASC y la reducción

de ingresos, así como varios resultados estadísticamente significativos.

Fundamentalmente estos han sido los resultados más relevantes de la investigación. Se han procurado explicar de la manera más sencilla posible, esperando que el lector haya podido seguir el hilo argumental sin dificultades. El trabajo cada vez está más cerca de su fin, por lo que en el apartado siguiente se hablará de las conclusiones más relevantes a las que se han llegado tras haber realizado la investigación.

DISCUSIÓN

Una vez que se ha llegado a este punto, tan solo queda destacar las principales conclusiones que se han alcanzado después de todo el trabajo de la investigación, habiendo analizado al Equipo de Apoyo Social Comunitario de Puente de Vallecas, su funcionamiento, la importancia que tiene para los usuarios y cómo es percibido por los profesionales que trabajan en él o en coordinación estrecha con él.

La primera cuestión a destacar en estas conclusiones es, sin duda, la importancia que ha ido adquiriendo este tipo de recursos dentro de la red pública de atención a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid. De ser un recurso experimental en diciembre de 2005, como el caso de nuestro objeto de estudio, ha pasado a haber treinta y ocho a finales de 2008 en toda la Comunidad de Madrid.

Las hipótesis de partida se han visto confirmadas en el desarrollo del análisis de los discursos, así como en el análisis estadístico de las variables elegidas. Por un lado, se ha comprobado que existe un elevado grado de consenso a la hora de respaldar la posible contribución del EASC de Puente de Vallecas en la consecución, por parte de los usuarios, de unos

mayores estándares de autonomía y una mejora en el funcionamiento psicosocial, destacando sobremanera los discursos de los usuarios entrevistados. Pero también resulta muy relevante el resultado estadísticamente significativo conseguido en la prueba del EEFG; gracias al empleo de la triangulación metodológica, se ha obtenido una información que resulta complementaria y muy enriquecedora.

Independientemente de lo anterior, en lo relativo al asunto de los ingresos psiquiátricos, los resultados obtenidos a través de los dos métodos también apuntan en la misma dirección. Aunque en el análisis de los discursos no exista un consenso entre todos los profesionales entrevistados, sí que los hay en cuanto a la percepción de los usuarios, y en la parte estadística, también resultan relevantes los resultados obtenidos. No obstante, es probable que la hipótesis de la reducción de los ingresos gracias al trabajo del EASC no se vea refrendada de manera tan clara como la anteriormente explicada de la autonomía, pero aún así, los datos obtenidos en la investigación son concluyentes, corroborando lo sostenido en la hipótesis.

Se observa por otra parte que el modelo de trabajo del EASC puede resultar muy ventajoso en la actualidad, pues cada día parece más claro que el abordaje desde la intervención comunitaria en personas con enfermedades mentales graves y duraderas resulta avalado gracias a los resultados que obtiene, existiendo además bastante literatura que lo respalda. Como se ha explicado a lo largo de todo el trabajo, la intervención comunitaria cuenta con una serie de ventajas que no se pueden alcanzar con otro tipo de intervenciones, ya que de este modo se puede contemplar la realidad del paciente tal y como es, creándose de esta manera un vínculo muy fuerte con el usuario, que facilita su proceso de cambio o de mejora. Se han de potenciar las capacidades

y no tender a destacar las deficiencias, pues de esta manera, utilizando el conocido Modelo de Competencia, la rehabilitación del usuario puede ser mejor en todos los sentidos. Un profesional que trabaje en este ámbito, y en especial en un EASC, no puede olvidar nunca que más allá de una enfermedad, hay una persona: este debería ser el marco de referencia que siguieran todos los profesionales que trabajen con personas con problemas.

Por otro lado, en la coyuntura económica tan adversa en que nos encontramos sumidos, resulta concluyente pensar que el EASC es un recurso que funciona con un coste más bajo que el resto de recursos de rehabilitación, como los CD, CRL, Miniresidencias o CRPS, ya que por propia idiosincrasia, los trabajadores del EASC trabajan en el medio del propio usuario, limitándose sus herramientas de trabajo a un teléfono móvil y a un abono de transporte, no necesitando de esta manera instalaciones propias ni recursos económicos elevados para actividades, etc.

Este trabajo deja abierta una vía de trabajo y de investigación más amplia, dado que sería de gran interés realizar un estudio comparativo de todos los EASC de la Comunidad de Madrid, en el que se analizaran las mismas cuestiones que se han estado investigando en el presente trabajo, y en el que se pusiera énfasis en averiguar si las posibles diferencias tienen relación con asuntos como la situación socioeconómica de cada distrito, la metodología de trabajo entre los diferentes EASC, etc. Resulta un gran reto, pero probablemente los resultados fueran muy enriquecedores y permitieran hacer más visible este recurso tan desconocido para la mayoría de la gente, así como ayudar a compartir información entre EASC diferentes, de cara a mejorar futuras intervenciones.

Es una pena que muchos profesionales del sector sociosanitario no conozcan la

existencia de este recurso. Sería bueno realizar una mejor y mayor pedagogía a la hora de explicar la existencia de este tipo de recurso de rehabilitación psicosocial, así como la ejecución de acciones encaminadas a la difusión, y espero que esta pequeña investigación haya podido contribuir aunque solo sea mínimamente a este cometido.

BIBLIOGRAFÍA

Blaxter L, Hughes C, Tight M. Cómo se hace una investigación. Barcelona, Ed. Gedisa; 2000.

Callejo J. Sobre el uso conjunto de prácticas cuantitativas y cualitativas. *Revista Internacional de Sociología (RIS)* 1998; 21:115.

Campbell D, Stanley JC. *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago, Rand McNally; 1969.

Cook TD, Reichardt ChS. *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid, Morata; 1986.

Denzin NK. *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Nueva York, McGraw-Hill; 1978.

Filstead WJ. *Métodos cualitativos. Una experiencia necesaria en la investigación evaluativa*. En Cook TD, Reichardt ChS (Eds.). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid, Morata; 1982: 59-79.

Greene JC, Benjamin L, Goodyear L. *The merits of mixing methods in evaluation*. *Evaluation* 2001;7(1):25-44.

Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, Sage; 1989.

Gutiérrez Brito J, del Val C. *Análisis del discurso en Prácticas para la comprensión de la realidad social*. Madrid, Ed. McGraw Hill; 2005.

Hernández S, Pozo C, Alonso E. La aproximación multimétodo en evaluación de necesidades. *Apuntes de Psicología* 2004;22 (3):293-308.

Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, Sage; 1990.

Riecken WR, Boruch RF, Campbell DT, Caplan N, Glenan TK, Pratt JW, Rees A,

Williams W. *Social experimentation: A method for planning and evaluating social intervention*. Nueva York, Academic Press; 1974.

Tashakkori A, Teddlie Ch. *Mixed methodology. Combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, Sage; 1998.

LA AGRESIVIDAD EN LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

EMILIO GONZÁLEZ PABLOS

Psiquiatra. Complejo Hospitalario San Luis, Hermanas Hospitalarias. Palencia.

CARLOTA BOTILLO MARTÍN

Psiquiatra. Complejo Hospitalario San Luis, Hermanas Hospitalarias. Palencia.

FIDEL GARCÍA SÁNCHEZ

Psiquiatra. Complejo Hospitalario San Luis, Hermanas Hospitalarias. Palencia.

CARLOS SALGADO PASCUAL

Psicólogo. Centro Hospitalario Benito Menni, Hermanas Hospitalarias. Valladolid.

REBECA LÓPEZ VILLA

Psicólogo. Centro Hospitalario Benito Menni, Hermanas Hospitalarias. Valladolid.

CARLOS MARTÍN LORENZO

Médico geriatra. Complejo Hospitalario San Luis, Hermanas Hospitalarias. Palencia.

Recepción: 05-11-13 / Aceptación: 28-11-13

RESUMEN

Los pacientes con esquizofrenia suelen tener tasas de agresividad elevada cuyo origen es multifactorial y complejo. Por otro lado, el nivel de conciencia de enfermedad suele ser bajo en estos pacientes y está relacionado con la sintomatología de la enfermedad así como con el seguimiento y cumplimiento del tratamiento.

Estudiamos a un grupo de 74 pacientes con esquizofrenia de intensidad grave y larga duración. Se administró una batería de pruebas para medir la conciencia de enfermedad, la actitud ante la medicación, la agresividad, la gravedad de la enfermedad y el nivel de funcionalidad: SUMD, DAI, OAS, CGI, EEAG.

Como resultado encontramos en nuestros pacientes una tasa elevada de agresividad, sobre todo verbal, en relación con

un nivel bajo de conciencia de enfermedad, con la gravedad de la sintomatología, y un funcionamiento global bajo.

Palabras clave

Esquizofrenia, violencia, *insight*, gravedad, funcionalidad.

ABSTRACT

Patients with schizophrenia often have high rates of aggression whose origin is multifactorial and complex. Furthermore, the level of awareness of illness is usually low in these patients and is associated with the symptoms of the disease and monitoring and treatment compliance.

We studied a group of 74 patients with schizophrenia of severe intensity and

long duration. Was administered a battery of tests to measure disease awareness, attitude towards medication, aggressiveness, disease severity and level of functionality: SUMD, DAI, OAS, CGI, GAF.

As a result we found in our patients a high rate of aggression, especially verbal, in relation to a low level of awareness of the disease, the severity of symptoms and a low overall operation.

Keywords

Schizophrenia, violence, insight, severity, functionality.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define a la violencia como «el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones» (OMS, 2002).

Se trata de un fenómeno complejo, de difícil definición, posiblemente la mejor definición sea la puramente descriptiva: conductas dirigidas a provocar daños a uno mismo, a objetos o a otras personas. Desde el punto de vista psiquiátrico se trata de una violencia inapropiada, excesiva y desadaptativa. Es una expresión más de la psicopatología del sujeto.

La violencia hacia uno mismo está muy documentada en los pacientes con esquizofrenia, se considera que el 10% de los pacientes se suicidan y hasta el 20-40% lo intentan (Meltzer y otros, 2003; Meltzer y Baldessarini, 2003).

Respecto a la violencia hacia otras personas, hasta los años 1980 se decía que no había mayor probabilidad de actos violentos en la población esquizofrénica

que en la general. Últimamente, nuevos trabajos epidemiológicos han demostrado lo contrario. Hoy, en general, se acepta que la población esquizofrénica es un subgrupo más violento que la media. No obstante, la mayor parte de los enfermos mentales no son agresivos y solo una minoría de pacientes son violentos (Gracia, Herreros y Morera, 2007).

El estudio ECA (Epidemiological Catchment Area) reveló que la probabilidad de presentar violencia los pacientes esquizofrénicos era 5,3 veces mayor en hombres y 5,9 veces mayor en mujeres, en comparación con sujetos normales (Regier y otros, 1990; Swanson, 1994).

El estudio de la OMS realizado en diferentes países del mundo con 1.017 pacientes con esquizofrenia, descubrió que la incidencia de agresividad era de 20,6%, mayor en los países en vías de desarrollo (Volavka y otros, 1997).

El estudio CATIE arrojó una prevalencia en seis meses de 19,1% de episodios agresivos en sujetos con esquizofrenia y un 3,6% graves (Stropu y otros, 2003).

Otros autores señalan que un 5,2% de los crímenes violentos son por pacientes con enfermedad mental grave y prolongada (Fazel y Grann, 2006).

La conducta violenta en el paciente esquizofrénico tiene una causa multifactorial que es preciso dilucidar en cada caso: abuso de sustancias, alucinaciones y delirios que inducen a violencia, deficiente control de impulsos, ambiente hostil, presencia de otras enfermedades concurrentes, etc. Otra cuestión esencial a la hora de evaluar los pacientes es si se trata de un episodio único o si se trata de un episodio que se repite, es decir, si se trata de un paciente reincidente (Citrome y Volavka, 2003).

En estudios realizados en pacientes ingresados se encuentra un incremento de entre tres y cuatro veces el riesgo de

cometer actos violentos por parte de pacientes diagnosticados de esquizofrenia en relación con la población general (Modestin y Ammann, 1996).

Con frecuencia la conducta violenta es la causa del ingreso hospitalario en los pacientes esquizofrénicos. Por otro lado, en la hospitalización a largo plazo de estos pacientes también existen abundantes estudios que cuantifican los episodios agresivos. Así, en un estudio con 3.294 pacientes esquizofrénicos, ingresados a largo plazo, 232 (7%) agredieron a otra persona en un período de tres meses (Tra-diff y Sweillam, 1982). En otro estudio de seis meses con 1.552 pacientes con varios diagnósticos, se detectaron 576 incidentes violentos; un pequeño grupo de pacientes recidivantes (5%) causó el 53% de los incidentes; el diagnóstico de esquizofrenia estaba más representado entre los hombres violentos (Convit y otros, 1990).

Existen numerosos instrumentos de evaluación. El Inventario multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI) ha sido utilizado. El factor de excitación de la PANSS (hostilidad, falta de cooperación, poco control de impulsos) también es útil.

EL INVENTARIO DE HOSTILIDAD DE BUSS-DURKEE. EL INVENTARIO BROWN-GOODWIN

Objetivo

Conocer la prevalencia de agresividad en una población de pacientes esquizofrénicos crónicos.

Descripción del estudio

Estudio epidemiológico, naturalístico, observacional, prospectivo, de tres meses de duración en una cohorte de pacientes esquizofrénicos crónicos.

Población

Un número de 74 pacientes diagnosticados de esquizofrenia según CEI-10 (OMS, 2000): 63,51% hombres y 36,49% mujeres. La edad media es de 49,20 años. 69,9% hospitalizados en diversos dispositivos (unidad de convalecencia, unidades de larga estancia) y el resto en programas de tratamiento ambulatorio (centro de rehabilitación psicosocial, pisos protegidos). El 44,5% con ingreso superior a cinco años de duración. Pero con ingresos anteriores el 89,2%. Todo ello configura un tipo de paciente de edad media, con muchos años de evolución de la enfermedad, con muchos internamientos y largo tiempo de internamiento (tabla I).

Material

A todos los pacientes les fue administrado el siguiente material:

- Encuesta específica realizada por nosotros para recoger datos sociodemográficos y tratamientos.
- Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) para medir la actividad del paciente.
- Escala de Impresión Clínica Global (CGI) para evaluar la severidad de la esquizofrenia.
- Escala de Evaluación del *Insight* (SUMD).
- Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI).
- Escala de Agresividad Manifiesta (OAS).

La Escala de la Actividad Global (EEAG) es un instrumento que evalúa el funcionamiento global de los pacientes, en relación a la actividad psicosocial, social y laboral. Se puntúa entre 100 (actividad satisfactoria) y 1 (expectativa ma-

TABLA I
Características de la población

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Varón	47	63,5
Mujer	27	36,5
Edad		
0-34	10	13,5
35-44	14	18,9
45-54	27	36,5
55-64	12	16,2
> 65	11	14,9
Recurso asistencial		
Hospitalización	51	69,9
Ambulatorio	23	31,0
Duración del ingreso		
No ingresado	23	30,1
Menos de 6 meses	4	5,4
6-12 meses	5	6,8
1 a 5 años	9	12,2
Más de 5 años	33	44,5
Ingresos anteriores		
Sí	66	89,2
No	8	10,8
Tratamientos farmacológicos		
Neurolépticos atípicos	53	71,6
Neurolépticos ambos	21	28,4
Un neuroléptico	27	36,5
Dos neurolépticos	34	45,9
Tres neurolépticos	13	17,5
Antidepresivos	38	51,4
Benzodiazepinas	36	48,6
Otros	31	41,9

nifiesta de muerte) (American Psychiatric Association, 1987).

La Escala de la Impresión Clínica Global (CGI) valora la gravedad del paciente. El clínico, desde su experiencia, puntúa desde 0 (no evaluado) a 7 (entre los pacientes más extremadamente enfermos) (Guy, 1976).

De la Escala de Evaluación del *Insight* (SUMD) (Amador y otros, 1993) solo utilizamos los tres primeros ítems (conciencia de padecer una enfermedad, de los efectos de la medicación y de las consecuencias sociales de la enfermedad). Las puntuaciones de cada ítem son de 1 a 5, siendo 1 (conciencia), 3 (conciencia intermedia) y 5 (no conciencia). La puntuación global es la suma de los tres. A mayor puntuación, peor nivel de conciencia de enfermedad, no existiendo punto de corte.

La Escala de Agresividad Manifiesta (OAS) (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott y Williams, 1986) mide objetivamente la agresividad de los pacientes. Evalúa cuatro modalidades de agresividad:

- Verbal.
- Física contra objetos.
- Física contra uno mismo.
- Física contra otras personas.

Cada una de estas modalidades de agresividad se evalúa desde una doble perspectiva: gravedad y frecuencia. La gravedad, mediante una escala tipo Likert de 5 valores de intensidad —desde 1 (no agresividad) a 5 (la gravedad es extrema)—. La frecuencia se evalúa de forma abierta, indicando el número de veces. La puntuación global es la suma de puntuaciones de los ítems. A mayor puntuación, mayor gravedad.

El Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI) (Hogan, Awad y Eastwood, 1983) evalúa la respuesta subjetiva de los pacientes a los antipsicóticos.

Son 10 ítems de respuesta dicotómica verdadero-falsa. La puntuación total es la suma de los 10 ítems (la puntuación total puede sumar entre 10 y 20). A mayor puntuación, el efecto percibido de la medicación es más positivo.

Método

Evaluaciones estadísticas con el SPSS v. 15.0. Estadística descriptiva y análisis de correlación.

Resultados

La población objeto del estudio presenta un nivel de gravedad elevado con una media de 4,9 en el CGI, con un nivel de funcionamiento global medio-bajo (una puntuación media en EEAG de 48,92), una conciencia de enfermedad media-baja (una puntuación en el SUMD de 9,95), y una actitud hacia los efectos de la medicación media-positiva (puntuación de 16 en el DAI) (tabla II).

La media de agresividad total es de 5,18, cifra que se puede considerar elevada (tabla II).

Pero estudiando los subtipos de agresividad, podemos ver que:

- El 39,2% de los pacientes presenta algún tipo de agresividad verbal.
- El 17,6%, agresividad hacia los objetos.
- El 4,1% es autoagresivo.
- El 13,6% es agresivo hacia otras personas (tabla III).

Además, se puede observar en la tabla como, en la forma de agresividad verbal, existe algún caso de intensidad extrema o grave, pero en las otras formas de agresividad no existen casos de intensidad extrema.

Esta agresividad no tiene una relación estadísticamente significativa con las va-

riables sociodemográficas estudiadas (edad, sexo, hospitalizados o no, duración del ingreso, tratamientos psicofarmacológicos).

La agresividad sí tiene una relación estadísticamente significativa positiva con la conciencia de enfermedad y con la gravedad de la enfermedad; y negativa con el nivel de actividad o funcionalidad (tabla IV).

De tal manera que los pacientes con peor conciencia de enfermedad y mayor gravedad de la enfermedad, tienen mayor hostilidad o violencia. Y los pacientes con mejor funcionalidad global, tienen menor violencia.

Estudiando cada una de las cuatro modalidades de agresión en su relación con las pruebas del estudio (tabla V), podemos ver que la agresividad verbal sí tiene una relación estadísticamente significativa positiva con la conciencia de enfermedad y con la gravedad de los síntomas; y una relación estadísticamente significativa negativa con el nivel de funcionalidad de los pacientes. La agresividad física contra otras personas sí tiene una relación estadísticamente significativa positiva con la conciencia de enfermedad y negativa con la funcionalidad. La agresividad contra los objetos tiene una relación estadísticamente significativa con la conciencia de enfermedad. Pero la agresividad contra uno mismo no tiene una relación estadísticamente significativa con ninguna de las otras variables estudiadas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La población de nuestro trabajo se caracteriza por una edad media de 49, dos años, una larga evolución de la enfermedad, estando ingresados el 70% y el resto en sus domicilios en el momento de hacer el estudio, pero todos ellos con in-

TABLA II
Resultados

	N.º	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
Edad	74	20	75	49,20	13,493
Evaluación de la actividad global (EEAG)	74	20	70	48,92	13,978
Escala de impresión clínica global (CGI)	74	3	7	4,91	1,273
Agresión manifiesta (OAS)	74	3	11	5,18	1,933
Evaluación del <i>insight</i> (SUMD)	74	3	15	9,95	3,708
Actitud hacia la medicación (DAI)	74	10	20	16,067	2,761

TABLA III
Resultados de los ítems de la agresividad (OAS)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<i>Agresión verbal</i>			
1.	45	60,8	60,8
2.	13	17,6	78,4
3.	6	8,1	86,5
4.	9	12,2	98,6
5.	1	1,4	100,0
<i>Autoagresión</i>			
1.	71	95,9	95,9
2.	3	4,1	100,0
3.			
4.			
5.			
<i>Agresión contra objetos</i>			
1.	61	82,5	83,8
2.	7	9,5	91,9
3.	6	8,1	100,0
4.			
5.			
<i>Agresión contra otras personas</i>			
1.	64	86,5	87,9
2.	9	12,2	98,6
3.	1	1,4	100,0
4.			
5.			

TABLA IV
Relaciones entre las pruebas. Correlaciones

	Total OAS	Total DAI	Total SUMD	EEAG	CGI
<i>Total OAS</i>					
Correlación de Pearson	1	-,172	,326**	-,302**	,307
Sig. (bilateral)		,144	,005	,009	,008
N	74	74	74	74	74
<i>Total DAI</i>					
Correlación de Pearson	-,172	1	-,476**	,190	-,279*
Sig. (bilateral)	,144		-,000	,105	,016
N	74	74	74	74	74
<i>Total SUMD</i>					
Correlación de Pearson	,326**	-,476**	1	-,569**	,512**
Sig. (bilateral)	,005	,000		,000	,000
N	74	74	74	74	74
<i>EEAG</i>					
Correlación de Pearson	-,302**	,190	-,569**	1	-,806**
Sig. (bilateral)	,009	,105	,000		,000
N	74	74	74	74	74
<i>CGI</i>					
Correlación de Pearson	,307**	-,279*	,512**	-,806**	1
Sig. (bilateral)	,008	,016	,000	,000	
N	74	74	74	74	74

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

gresos de larga duración. Se puede decir que se trata de una población de pacientes crónicos.

Podemos asegurar que se trata de una población que padece una enfermedad de intensidad grave y que además afecta a su funcionamiento social de un modo importante.

La agresividad de los pacientes es elevada, sobre todo la agresividad verbal y en menor proporción la agresividad física contra uno mismo y contra objetos. Esta agresividad se relaciona con el nivel de

conciencia de la enfermedad, la gravedad de la sintomatología, y el bajo nivel de funcionalidad.

Esta relación de la agresividad con el nivel de conciencia coincide con numerosos trabajos previos (Lera y otros, 2012; Arango, Calcedo-Barba y González-Salvador, 1999; Alia-Klein, O'Rourke, Goldstein y Malaspina, 2007; Buckley y otros, 2004). Así mismo la relación con la gravedad de los síntomas de la enfermedad está documentada en trabajos anteriores (Angermeyer, 2000; Krakowski,

TABLA V
Relación de las partes de la OAS con el resto de las pruebas

	SUMD	DAI	CGI	EEAG
<i>OAS Agresividad verbal</i>				
Correlación de Pearson	,313**	-,154	,329**	-,288*
Sig. (bilateral)	,007	,190	,004	,013
N	74	74	74	74
<i>OAS Agresión física contra uno mismo</i>				
Correlación de Pearson	-,016	-,030	,070	-,083
Sig. (bilateral)	,895	,799	,556	,484
N	74	74	74	74
<i>OAS Agresión física contra objetos</i>				
Correlación de Pearson	,229	-,210	,212	-,179
Sig. (bilateral)	,050	,073	,070	,126
N	74	74	74	74
<i>OAS Agresión física contra otras personas</i>				
Correlación de Pearson	,277*	-,022	,219	-,293*
Sig. (bilateral)	,017	,853	,061	,011
N	74	74	74	74

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Czobor y Chou, 1999; McNeil y Binder, 1994). Los pacientes violentos presentan más síntomas positivos y comportamientos extravagantes (Bartels, Drake y Wallach, 1991).

En la muestra de pacientes estudiados por nosotros, el grado de violencia, sobre todo verbal, es elevado y guarda relación con el nivel de conciencia de la enfermedad, con la gravedad de la sintomatología y el nivel de funcionalidad.

Estrategias terapéuticas encaminadas a mejorar estos aspectos incidirían positivamente en la disminución de la agresividad. Así, los programas de psicoeducación y terapia grupal abordan específicamente este aspecto. Por otro lado, mejorar la sintomatología y nivel de fun-

cionalidad son objetivos esenciales de cualquier intervención terapéutica.

Pautas preventivas individuales se adoptan para intentar abordar las conductas violentas de los pacientes. Existen varios protocolos específicos sobre estos aspectos (contención, medicación especial, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

Alia-Klein N, O'Rourke TM, Goldstein RZ, Malaspina D. Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggress Behav* 2007; 33:86-96.

Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993;150:873-9.

American Psychiatric Association. DSM-III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, APA; 1987.

Angermeyer MC. Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; (407):63-7.

Arango C, Calcedo-Barba A, González-Salvador A, Calcedo-Ordoñez A. Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Bull* 1999;25(3):493-503.

Bartels SJ, Drake RE, Wallach MA, Freeman DH. Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. *Schizophr Bull* 1991;17:163-171.

Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:1712-4.

Citrome L, Volavka J. Agresividad y violencia en los pacientes con esquizofrenia. En: Hwang MY, Bermanzohn PC (eds.). *Esquizofrenia y patologías comórbidas*. Barcelona, Masson; 2003:143-178.

Convit A, Isay D, Otis D, Volaka J. Characteristics of repeatedly assaultive psychiatric inpatients. *Hospital and Community Psychiatry* 1990;41(10):1112-1115.

Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006;163:1397-1403.

Gracia Marco R, Herreros Rodríguez O, Morera Fumero A. Esquizofrenia y violencia. En: Roca Bennisar M (coordinador). *Trastornos Psicóticos*. Madrid, Ars Médica; 2007:371-385.

Guy W. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual. Rockville, National Institute Mental Health; 1976.

Hogan TP, Awad AG, Eastwood MR. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: Reliability and discriminative validity. *Psychol Med* 1983; 13:177-83.

Krakowski M, Czobor P, Chou JC. Course of violence in patients with schizophrenia: relationship to clinical symptoms. *Schizophr Bull* 1999;25(3):505-17.

Lera Calatayud G, Herrero Sebastián N, Aguilar García-Iturrospe, González Piñeras JC, Sanjuán Arias J, Leal Cercós C. Relación entre insight, violencia y diagnóstico en pacientes con psicosis. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2012;5(1):43-47.

McNiel DE, Binder RL. The relationship between acute psychiatric symptoms, diagnosis, and short-term risk of violence. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45(2):133-7.

Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam MZ, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S. International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of General Psychiatry* 2003;60(1):82-91.

Meltzer HY, Baldessarini RJ. Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 2003;64(9):1122-1129.

Modestin J, Ammann R. Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22(1): 69-82.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10*. Madrid, Panamericana; 2000.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra, OMS; 2002.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwing FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990;264(19):2511-2518.

Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Byerly MJ, Glick ID, Canive JM, McGee MF, Simpson GM, Stevens MC, Lieberman JA. The National Institute of Mental Health Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE). Project: Schizophrenia Trial Design and Protocol Development. *Schizophr Bull* 2003;29(1):15-31.

Swanson JW. Mental disorder, substance abuse, and community violence: an epidemiological approach. In: Monsahan J, Steadman HJ (eds). *Violence and Mental*

Disorder. Developments in Risk Assessment. Chicago, University Of Chicago Press; 1994: 101-136.

Tardiff K, Sweillam A. Assaultive behaviour among chronic inpatients. *Am J Psychiatry* 1982;139(2):212-215.

Volavka J, Laska E, Baker S, Meisner M, Czobor P, Krivelevich I. History of violent behavior and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *Br J Psychiatry* 1997;171:9-14.

Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 1986; 143:35-9.

LAS HUELLAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL. TRAS UNA HISTORIA SIN HOGAR

MARÍA ACOSTA BENITO

*Terapeuta ocupacional. Centro de día Moncloa-Aravaca, Hermanas Hospitalarias, Madrid.
Centro vinculado a la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave
y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.*

NURIA SANTOS BERMEJO

*Monitora. Centro de día Moncloa-Aravaca, Hermanas Hospitalarias, Madrid.
Centro vinculado a la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave
y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.*

CRISTINA OTERO VICARIO

*Coordinadora. Centro de día Moncloa-Aravaca, Hermanas Hospitalarias, Madrid.
Centro vinculado a la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave
y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.*

Recepción: 05-11-13 / Aceptación: 28-11-13

RESUMEN

El artículo recoge la experiencia en el Centro de Día de Soporte Social para personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera del distrito Moncloa-Aravaca, perteneciente a la Congregación Hermanas Hospitalarias. Debido al alto porcentaje de personas en situación sin hogar que son usuarios del centro, ha sido necesario adaptarse con mayor exactitud a sus necesidades y ser especialmente flexibles con sus tiempos de adaptación, tanto a los profesionales del Centro de Día (aceptarlos como figura de referencia), como al propio funcionamiento del Centro, y el modo de relacionarse con sus compañeros, totalmente distinto a lo que están acostumbrados. Esta forma de intervención ha facilitado que personas con enfermedad mental y que además están en situación sin hogar, hayan retomado en mayor medida el control sobre sus pro-

pias vidas. Se exponen las dificultades encontradas a la hora de trabajar con esta población y las claves para facilitar el éxito del trabajo personal y la consecución de los objetivos vitales que se plantean. Del mismo modo, se ha tenido en cuenta la influencia del doble estigma asociado a estas personas y su impacto en su integración comunitaria.

Palabras clave

Personas sin hogar, enfermedad mental, rehabilitación psicosocial, estigma.

ABSTRACT

This paper describes the experiences at the Center for Social Support for People with Mental Illness at Moncloa-Aravaca district, property of the Hermanas Hospitalarias. Due to the high percentage of

people experiencing homelessness who are users of the center, it has been necessary to be more adaptable, and be especially flexible with time of adaptation, both professionals (accept them as a reference figure), as to the center operation, and the way they relate to their peers, totally different from what they are used to. This way of intervention has enabled people with mental illness who are also homeless situation, to have taken back control over their own lives. Authors describe the difficulties encountered when working with homeless people and the keys to facilitate the success of personal work and achieving life goals. They also take into account the influence of the double stigma attached to these people, and the impact it has on its community integration.

Keywords

Homeless people, mental illness, psychosocial rehabilitation, stigma.

INTRODUCCIÓN

«¡Hola, nos llamamos Nuria, Cristina y María y somos personas con enfermedad mental!». Si ante cualquier círculo de personas nos presentamos de esta manera desataríamos muchos pensamientos, ideas y conductas entre todos los que nos escucharán en ese instante. Pero si, además, añadimos «somos personas sin hogar», toda esta nube de prejuicios se vería multiplicada, e incluso nos atreveríamos a decir que se incrementaría exponencialmente.

Las personas con enfermedad mental que se encuentran en situación sin hogar están doblemente marcadas; una de sus marcas se debe a una carencia: la falta de hogar, y la otra, a algo que tienen: la enfermedad mental. A lo largo de los casi

siete años de vida del Centro de día de Aravaca hemos presenciado cara a cara, o mejor dicho, hemos trabajado codo con codo con esta realidad. De las cincuenta personas que a día de hoy han sido atendidas en el recurso, diecisiete de ellas, en el momento en el que fueron derivadas por los servicios de Salud Mental, se encontraban en situación sin hogar. Es decir, más de un tercio de las personas, un 34 %, en el momento de la derivación se encontraban en situación de calle. Pero, ¿a qué nos referimos cuando hablamos de persona sin hogar? Tras la búsqueda de información y revisión de diferente bibliografía encontramos distintas definiciones de «persona sin hogar», entre ellas destacamos las siguientes:

- EURODAT (Statistical Office of the European Communities) en 2005 describe que *una persona sin hogar es alguien que no tiene acceso a un alojamiento que pueda ser razonablemente habitado, ya lo tenga en propiedad o alquilado; proporcionado por instituciones, empresarios, ocupados de forma gratuita por acuerdo contractual o de cualquier otro tipo.*
- Avramov en 1995 (citado en Cabrera Rubio y Blasco, 2008) afirma que podemos definir a las personas sin hogar como *aquellas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, sea por razones económicas u otras sociales, o porque presentan dificultades para desarrollar una vida autónoma.*

Por otro lado, el Centro de las Naciones Unidas dedicado a los Asentamientos Humanos nos dice que *el sinhogarismo conlleva las implicaciones de no permanecer a ningún lugar y de no tener un lugar para dormir. Muchas personas sin*

hogar ocupan edificios abandonados, albergues, tienen vivienda en términos de techo y paredes. Sin embargo, este refugio no proporciona un hogar.

Nos encontramos que las personas sin hogar, al contrario que las denominadas «sin techo» y «sin vivienda», tienen un factor común a la falta de hogar que hace que se complique más su situación como es la ausencia de relaciones sociales y familiares.

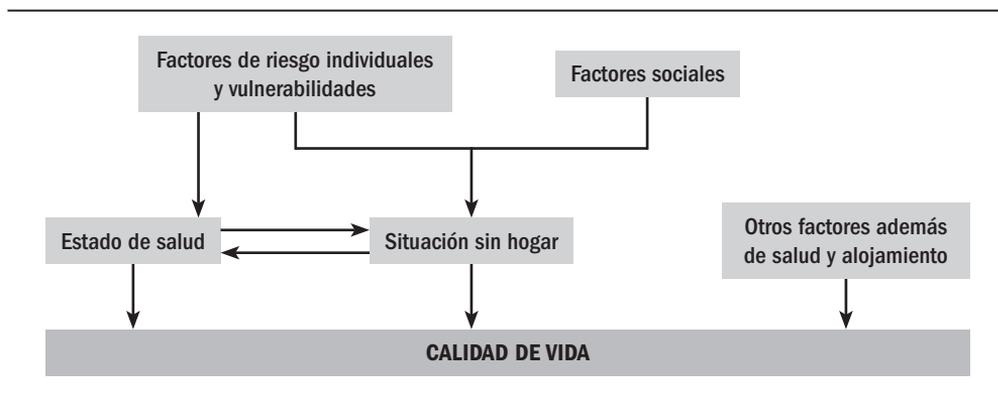
Las definiciones y criterios para distinguir esta realidad social son muchos y la experiencia de estos años ha hecho que nosotras mismas podamos definir el sinhogarismo como: *fenómeno estigmatizador que envuelve a la persona que carece de alojamiento adecuado de manera permanente, haciéndola perder autonomía en cualquiera de sus áreas vitales, dependiente de instituciones o de la caridad de otras personas para poder sobrevivir, y que conlleva una falta de apoyo social.*

Frankish, Hwang y Quantz (2009) señalan cómo el sinhogarismo es fruto de varios tipos de factores que se interrelacionan entre sí. Hablamos de factores personales (consumo de tóxicos, separación o divorcio), sociales (pérdida de empleo, abandono o muerte de familiares/amigos)

y de salud (enfermedad grave somática y/o psíquica), que juegan un papel determinante para que una persona quede en situación sin hogar, y cómo irremediablemente esto afecta también a su calidad de vida (fig. 1).

Tras muchos años de investigación se ha llegado a describir el proceso que puede llevar a una persona a una situación de calle, relacionándolo con las situaciones vitales sufridas a lo largo de su historia personal. Este proceso habla de que las probabilidades de llegar a una situación como la que estamos describiendo es muy alta si una persona se expone a nueve sucesos vitales estresantes a lo largo de toda su vida sin apoyo social suficiente, o a seis situaciones vitales en el período de un año sin, de nuevo, apoyo social real. La constante para llegar a una situación así es la falta de una red social de apoyo. Por ejemplo, «Fernando», un usuario que acude al Centro de Día de Aravaca, afrontó de muy pequeño el fallecimiento de su madre, un cambio de lugar de residencia, la convivencia con la nueva mujer de su padre, un padre que le maltrataba y que murió cuando Fernando era adolescente, posteriormente el incendio de su casa... todo sin más apoyo

FIGURA 1
Factores que afectan a la calidad de vida



social que el de su abuela, que falleció cuando Fernando contaba con dieciocho años de edad. Tras estas experiencias, Fernando estuvo viviendo en un cajero de uno de los barrios de mayor nivel de vida de la ciudad de Madrid durante diez años.

Como ya hemos expresado anteriormente, la falta de una casa o un techo donde vivir no es la característica única y suficiente de las personas sin hogar. Algunas personas sin hogar además de la falta de vivienda presentan otras dificultades como son la falta de rutinas y estructura diaria. Pasan la mayor parte del tiempo deambulando y sin ocupación y esto lleva muchas veces a la pérdida de sentido de su vida. Además, pueden tener la incertidumbre cada día de dónde van a dormir o qué van a comer. Numerosos estudios resaltan la necesidad de la existencia de centros diurnos donde, además de las necesidades básicas de aseo, comida y sueño, se cubran las necesidades de carencias sociales. A partir de estas reflexiones surgió la red actual de atención a personas sin hogar.

Tras la experiencia de atender a las personas en situación de calle, la calidad asistencial de esta red ha ido mejorando y las investigaciones han sacado a la luz el hecho de que el sinhogarismo va ligado, en ocasiones, a otras patologías como el alcoholismo, consumo de tóxicos, enfermedades somáticas y enfermedades mentales graves. Tal y como refieren Aparicio, Basauri V, Trinchoni Ramos M: *la mayoría de los estudios encuentran que la co-morbilidad psiquiátrica es frecuente en esta población, predominando la combinación del abuso de sustancias con otro trastorno mental. Esto conlleva una mayor complejidad en la búsqueda de estrategias terapéuticas.*

Encontramos que, entre un 20 % y un 30 % de estas personas, padecen enfermedad mental y algunas de ellas no están siendo atendidas por ningún recurso

especializado ni toman tratamiento por ser muy costoso según los estudios realizados en Madrid (Vázquez Sousa MI, 2011). No obstante, estudios realizados en otros países sitúan la prevalencia de las enfermedades mentales entre las personas en situación sin hogar en porcentajes aún mayores: de un 39 % en Estados Unidos (Burt, 2001) y entre un 23 % y un 46 % en Australia (Teeson et al, 2004). Una de las principales causas de esa situación es que, a partir de la desinstitutionalización de los años 70 muchas de las personas que se encontraban ingresadas en psiquiátricos quedaron sin alojamiento y tuvieron que vivir en la calle o ser acogidos por las pocas instituciones que existían en aquellos momentos.

Por otro lado, la enfermedad mental ha debutado en muchas de las personas sin hogar tras quedarse en la calle. *La situación actual de este colectivo social crea diversos problemas en su salud mental, registrándose tanto como una causa, como una reacción a la situación de quedarse sin hogar. Cuando la falta de vivienda coexiste con la enfermedad mental, la prestación de la atención y servicios a las personas es significativamente complicada, es entonces cuando las inversiones se vuelven ineficaces, bien por no existir, bien por no ser adecuadas las existentes* (Márquez Álvarez LJ, 2011).

En la Comunidad de Madrid, desde los años noventa, comenzaron a identificarse un número elevado de personas con enfermedad mental que vivían en la calle. Esto hizo que se crearan recursos específicos de personas sin hogar con enfermedad mental grave. El primero fue el Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos Sin Hogar (de aquí en adelante, PRISEMI), creado en el Centro de Acogida San Isidro (CASI), que tenía como objetivo principal el detectar a estas personas y hacerlas tener un primer contacto con su

Centro de Salud Mental, ya que la mayoría de estas personas se mostraban reacias a ser atendidas y mucho menos a seguir un tratamiento. PRISEMI sigue existiendo en la actualidad y da una amplia atención a muchos usuarios: alojamiento en pisos y pensiones, programas de intervención sociocomunitaria, tramitación de papeles, equipos de calle... entre otras muchas cosas.

En 2005 se constituyó la Comisión de Integración de Enfermos Mentales sin hogar en la red de servicios de Salud Mental, en la Oficina Regional de Salud Mental con el fin de fomentar y coordinar la intervención en recursos de la red normalizada. También se han creado programas de atención dirigidos a personas con enfermedad mental sin hogar. De ellos se pueden rescatar los siguientes objetivos a tener en cuenta a la hora de trabajar con esta población:

- Flexibilización y adaptación de las estructuras dedicadas a la asistencia de pacientes con problemas de salud mental, haciendo efectivos sus derechos.
- Creación de un equipo multidisciplinar específico para enfermos mentales sin hogar, insertados en la red de Salud Mental de las áreas implicadas pero con movilidad y trabajo en la calle.

Todos los usuarios que han sido derivados por el Centro de Salud Mental al Centro de Día de Aravaca están siendo atendidos además por PRISEMI, lo que hace que nuestra intervención esté coordinada con este recurso. Nos complementamos y, en definitiva, nuestra intervención pone su énfasis en aquellos ítems o características que hacen de la población con enfermedad mental más vulnerable y necesitada de apoyos específicos y prolongados en el tiempo, más allá de aquellos que aporta la red de personas sin hogar.

MÉTODO

Con la finalidad de destacar capacidades y potencialidades y reducir el estigma de las personas con enfermedad mental que se encuentran en situación sin hogar, hemos conjugado nuestro trabajo práctico desarrollado a lo largo de varios años en el Centro de Día de Aravaca con bibliografía y trabajos de investigación a nivel mundial en este ámbito. Los criterios para la selección de la documentación y de la inclusión de las investigaciones en el presente trabajo han estado guiados por las fuentes y trabajos realizados en España, así como aquellos trabajos realizados a escala mundial que han presentado mayor validez y fiabilidad.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

Cada persona es única y experta en su propia vida. Esta afirmación es nuestro punto de partida cada vez que tenemos frente a nosotros un usuario que asiste al recurso por primera vez. Una idea básica como es esta, ha de estar más presente que nunca cuando el usuario que llega es una persona sin hogar. Solo desde esta visión única de la persona podemos intentar ahondar en el perfil ocupacional de las personas con enfermedad mental que se encuentran en situación sin hogar y establecer algunas características comunes que puedan guiar nuestro proceso de evaluación e intervención. Existen varios tipos de ocupaciones en las que cualquier persona se puede implicar. Todas estas actividades, se han organizado y estructurado en las llamadas «áreas de ocupación» (fig. 2).

Así, para describir esas características comunes que han asentado las bases de la intervención en personas sin hogar derivadas al Centro de Día de Aravaca vamos a tomar la estructura propuesta por este marco de trabajo.

FIGURA 2
Áreas de ocupación



Podemos definir las **actividades básicas de la vida diaria** como aquellas que *están orientadas al propio cuerpo* (AOTA, 2008). Son actividades cotidianas, que se realizan la mayor parte de los días. Desde las primeras definiciones, este concepto ha descrito actividades directamente vinculadas con el área de la supervivencia humana, la cobertura de necesidades básicas y de la salud, tales como *comer, la alimentación, cuidados del intestino y la vejiga*, entre otras. También hace referencia a aquellas actividades estrechamente ligadas y condicionadas por normas sociales y culturales como *bañarse o ducharse, vestirse, actividad sexual o aseo e higiene en el inodoro*. Estas actividades pueden constituir un fin en sí mismas pero algunos autores (Trombly, 1983) las califican como *auxiliares*, dotándolas de importancia como

medio para conseguir otros objetivos: encontrar trabajo, tener una red social...

Las personas que acuden al Centro de Día y que son usuarias también de los recursos de Personas Sin Hogar, normalmente tienen cubiertas las necesidades básicas de alojamiento y comida, por lo que algunas de estas actividades básicas de la vida diaria se encuentran rutinariamente establecidas. Por ejemplo, el albergue les facilita cuatro comidas al día: desayuno, comida, merienda y cena. No ocurre lo mismo con aquellas actividades básicas no vinculadas necesariamente a la supervivencia, las que cumplen una función más ligada a la parte social y cultural descrita anteriormente.

Encontramos a personas con buena ejecución de las tareas de aseo personal pero que suelen presentar problemas en el desempeño de las mismas derivadas

de la falta de rutinas, la falta de medios económicos para comprar productos necesarios y dificultades para atenerse a unos horarios de utilización de las duchas y taquillas. Son personas que, a pesar de tener a su disposición en las mismas instalaciones del albergue servicios como ropero, peluquería o barbería, no presentan una buena apariencia personal: ropa deteriorada, sucia o mal combinada. Una de las notas distintivas y comunes identificadas en los usuarios del centro que se encuentran en situación sin hogar es la ausencia de significado que otorgan a las actividades básicas de la vida diaria, sobre todo a aquellas relacionadas con el aseo y la imagen personal. El desarrollo de estas actividades está relacionado con la identidad personal y la expresión de valores y creencias, cualidades de la persona que, en muchos de los casos de sinhogarismo, se encuentran en crisis.

Cuando hablamos de las **actividades instrumentales de la vida diaria** hacemos referencia a *actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de auto-cuidado utilizadas en las AVD: cuidado de los otros, cuidado de las mascotas, facilitar la crianza de los niños, gestión de la comunicación, movilidad en la comunidad, uso de la gestión financiera, gestión y mantenimiento de la salud, establecimiento y gestión del hogar, preparación de la comida y la limpieza, práctica de la religión, mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia, participación en el sueño* (AOTA, 2008).

Las personas sin hogar albergadas no tienen fácil acceso o no presentan la necesidad de mantener otras rutinas diarias como las que se derivan de la gestión de un hogar: preparar la comida o la limpieza de la casa. Estas personas participan en la dinámica del albergue de manera puntual:

limpiando el patio o áreas comunes cada dos o tres meses y en dinámicas instrumentales como el cuidado de su propia ropa a través del servicio de lavandería. En esta área de ocupación instrumental se observan grandes dificultades, sobre todo en dos puntos que afectan directamente al resto de áreas: la gestión económica y el mantenimiento de la salud. La gestión económica es, en muchos casos, un área de dificultad vinculada a la enfermedad mental. En el caso de personas sin hogar que, además padecen enfermedad mental, es una constante. El 100% de las personas que han llegado a nuestro recurso no tienen herramientas para administrar su dinero. Esto hace que acumulen deudas mensuales, no tengan presupuesto para poder satisfacer necesidades básicas y lleven a cabo conductas de mendicidad e incluso prostitución. Al abordar estas cuestiones desde el Centro de Día, encontramos actitudes de desconfianza y falta de conciencia de la importancia de una buena administración económica. En lo relacionado con el mantenimiento de la salud son personas cuyo enganche con los recursos sanitarios es difícil y escaso. Algunos de ellos presentan patología dual relacionada normalmente con el consumo de alcohol y hachís. Además, existe comorbilidad con patologías físicas tales como sida, hepatitis y otras enfermedades como la diabetes. Se observa bastante falta de conciencia sobre la importancia de mantener unos cuidados básicos de la salud, debida a la falta de recursos. Por ejemplo, personas que padecen diabetes han mantenido muchos años una alimentación «de subsistencia» (comer sobras de restaurantes, comida «basura», alimentos no cocinados...) y no han recibido una educación relacionada con la alimentación, lo que hace muy difícil en algunos casos instaurar nuevas rutinas.

Uno de los hábitos útiles en varios usuarios que se encuentran en el albergue

son los derivados del área de **descanso y sueño**. Este área *incluye las actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en otras áreas de ocupación: descansar, dormir, prepararse para el sueño, participación en el sueño* (AOTA, 2008). En general, las rutinas de sueño se encuentran instauradas por los horarios de apertura de las habitaciones del albergue: por la noche y de 14:00 a 16:00 horas, para poder descansar después de comer. Pese a ello se observan determinadas conductas que hacen diferente la intervención, como el hecho de que algunas de las personas duermen en bancos de la calle o parques.

Cuando una persona sin hogar acude al centro de día nos encontramos con un común denominador: querer trabajar el área del **ocio y tiempo libre**. Entendemos el ocio *como el tiempo libre que la persona destina a la realización de una actividad gratificante, significativa y motivada intrínsecamente, que ayuda a construir la identidad personal del individuo* (Acosta Benito M, Santos Bermejo N, et al, 2012).

Como ya hemos hablado anteriormente, la distribución del tiempo en una persona sin hogar inclina la balanza necesariamente a disponer de mucho tiempo libre a lo largo del día. En este caso se unen personas que no saben o no conocen sus intereses, pues al haberse mantenido muchos años en situación de calle no han tenido la posibilidad de explorar esta área ocupacional y personas que tienen aficiones claras, consolidadas pero que no participan en ninguna de ellas principalmente por falta de recursos. Son personas que vinculan con el recurso a través de las actividades de soporte que les presentamos y no tanto de programas cerrados. Suelen participar de las salidas y talleres de ocio que oferta el centro. Por ejemplo, han sido de los usuarios que más han hecho uso de la biblioteca del centro.

Perder el hogar supone una *ruptura profunda en la vida de la persona, sus expectativas personales y las estructuras sociales* (L. J. Márquez, 2012). Cuando a este hecho se le une el tener una enfermedad mental la participación social de la persona se ve altamente afectada. El no tener hogar no es simplemente la falta de un alojamiento sino que es una situación que engloba una situación crítica para la persona tal y como hemos descrito anteriormente.

Entendemos como **participación social** los *patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social* (AOTA, 2008). En este caso, el sistema social en el que las personas sin hogar que atendemos se encuentran es un contexto claro de exclusión social. Podemos afirmar que solamente una de las personas en el momento de su derivación al centro de día mantenía contacto con su familia o referían desempeñar un rol de amigo en ese momento. Si bien es cierto que existían dos parejas entre las personas derivadas.

Su desempeño y participación con los compañeros se ve dificultada por los patrones aprendidos en el «mundo sin hogar». Se observan dificultades de habilidades sociales, desconfianza y muchísima dificultad para adaptarse a normas: por ejemplo, horarios de comedor o incorporarse en pequeñas tareas como recoger la sala después de haber realizado una actividad. Las diferencias son claras cuando se habla del comportamiento esperable dentro de un mundo de exclusión social y la normalización del entorno que les da el centro de día.

El compromiso del cliente en las ocupaciones se desarrolla dentro de un entorno social y físico y refleja su interdependencia con estos entornos. El contexto cultural a menudo influye en cómo

se eligen y priorizan las ocupaciones (AOTA, 2008). El entorno en el que viven las personas sin hogar es muy distinto al que tenemos la mayoría de las personas. Es un entorno caracterizado por la falta de recursos y la falta de relaciones sociales. Esto marca muchas de las diferencias con las personas con enfermedad mental pero que no están en situación de exclusión social, pues las normas y patrones de conducta que «son aptos para sobrevivir en su contexto», no son aplicables a contextos que podamos llamar normalizados, en el sentido de que la mayoría de las personas nos movemos en ellos. Son personas que no participan en la comunidad. El hecho de permanecer en una situación sin hogar debilita las necesidades básicas y de protección de los primeros niveles de la pirámide de Maslow, por lo que es muy difícil alcanzar el nivel de las relaciones sociales (L. J. Márquez, 2012).

Entendiendo la **educación** como *las actividades necesarias para el aprendizaje y la participación en el ambiente: participación en la educación formal, exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales (más allá de la educación formal), participación en la educación personal informal* y el **trabajo** como *aquello que incluye las actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o en actividades de voluntariado: intereses o actividades para la búsqueda de empleo, búsqueda y adquisición de empleo, rendimiento en el trabajo/empleo, preparación y ajuste para la jubilación, exploración para el voluntariado, participación como voluntario* (AOTA, 2008) son áreas que desde el Centro de Día no se les ha dado cobertura directa ni ha existido la demanda por parte de los usuarios de ellas, debido en parte a que estas áreas pasan a un segundo plano frente a las consideradas más básicas.

EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

A continuación, teniendo en cuenta todo lo que hemos expuesto a lo largo del artículo, vamos a describir las peculiaridades o aspectos a tener en cuenta a lo largo del proceso de intervención de un usuario derivado a un recurso de rehabilitación psicosocial de la red de salud mental que se encuentre en situación sin hogar. Para ello, hemos seguido el guión de los procesos establecido por la Consejería de Asuntos Sociales de Comunidad de Madrid en su red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera.

Proceso de derivación

Como cualquier otra persona que sea derivada a los recursos de rehabilitación psicosocial, las personas sin hogar son derivadas a través del Centro de Salud Mental de referencia y se encuentran participando del Plan de Continuidad de Cuidados de dicho centro. Uno de los motivos por los que son derivadas un porcentaje alto de personas albergadas o atendidas por los recursos de personas sin hogar, es que en el mismo área en el que trabaja el Centro de Día de Aravaca se encuentra la sede de PRISEMI, en el Centro de Acogida San Isidro, y muchos de sus residentes son atendidos por el mismo centro de Salud Mental. Gracias a la estrecha coordinación entre los recursos, PRISEMI y el Servicio de Salud Mental, se han detectado con facilidad aquellas personas que pueden beneficiarse de los recursos de la red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera para continuar con su proceso de rehabilitación. En estos años no ha sido derivada ninguna persona sin hogar estando atendida únicamente por el servicio de salud mental, sino que también son atendidos por PRISEMI.

Proceso de acogida y enganche

Tal y como definen los cuadernos técnicos de Servicios Sociales de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (2002), los programas de acogida y enganche *tienen como objetivo dar a conocer el funcionamiento y los objetivos de trabajo en el centro, así como integrar al usuario en la dinámica del centro, acompañándole y motivándole durante los primeros meses de estancia. El objetivo es que el usuario se sienta motivado y pueda llevar a cabo actividades de rehabilitación.*

En este sentido, muchos de los procesos de enganche han comenzado antes incluso de la derivación en sí misma gracias al trabajo de los profesionales de PRISEMI, quienes han ido explicando y acercando el Centro de Día a las personas que ellos apoyan. De esta forma, el Centro de Día adquiere un claro enfoque de rehabilitación, de ser un paso hacia delante en el proceso de tomar el control de su propia vida.

Como característica específica de este proceso, en el caso de hablarse de personas sin hogar, el tiempo de enganche se amplía e incluso en algunos casos se mantiene en el tiempo durante años. Usuarios que han sido derivados al centro, han tenido un proceso de acogida que ha llegado a durar hasta tres años, pasando varias veces por el mismo proceso, o incluso a día de hoy algunas personas aún se encuentran en esta fase a pesar de haber sido derivados hace más de tres años. Normalmente, son personas que acuden a la primera cita en el Centro de Día acompañados de algún profesional de PRISEMI. Esto es frecuente porque, como ya hemos comentado, en el momento de la derivación ninguna de las personas que han llegado al recurso tenía contacto con sus familiares.

A pesar de que esa primera cita suele tener lugar en el Centro, en muchos casos

la intervención pasa inmediatamente a desarrollarse en su entorno. Resulta muy complicado cambiar las rutinas establecidas que hasta ese momento llevaban, que nos vean como figuras de apoyo y no como amenazas. De este modo, acercándonos a lo que para ellos es un entorno seguro, favorecemos un buen enganche al recurso.

Alrededor del 50% de los procesos de acogida y enganche desarrollados se han realizado en el mismo albergue de San Isidro o en un entorno cercano al mismo. En este proceso ha sido imprescindible el trabajo en equipo, donde todos los profesionales han dedicado esfuerzo y tiempo para prestar su apoyo a estas personas.

Por ejemplo, en el Centro de día ya sabíamos quién era «Javier» antes de que su psiquiatra le propusiera que podía asistir al recurso y se hiciera oficial su derivación. Javier ya había oído hablar del Centro de Día antes de que aceptara firmemente la invitación a acudir al recurso. Cuando Javier acudió por primera vez al Centro de Día vino acompañado de su educadora de referencia de PRISEMI. Tras conocer el centro se concertó la siguiente cita en el que por aquel entonces era su domicilio, el Centro de Acogida San Isidro. Las primeras citas fueron inexistentes pues Javier no acudía a ellas. El motivo era que le costaba dejar sus rutinas de ir a beber al parque con otros compañeros del albergue. Pero Javier entendía que el poder acudir al Centro de Día era una gran ayuda para su proceso de rehabilitación y se planteó como primer objetivo el asistir al recurso. Hablando con él, reflexionó sobre la necesidad de apoyo para no quedarse en el parque de al lado de la boca de metro bebiendo y nos pidió que le acompañáramos hasta el centro. Dos veces por semana a lo largo de tres años acudía un profesional del Centro de Día para darle apoyo en ese tramo del recorrido. Aun-

que el camino muchas veces no llegaba a completarse. Javier comenzó a acudir a la hora acordada, pero no salía de San Isidro, otras veces accedía a dar un paseo o tomar un café por su entorno, otras íbamos a buscarle al parque donde estaba bebiendo... así hasta que consiguió acudir rutinariamente al centro.

Proceso de evaluación y elaboración del Plan Individual de Atención

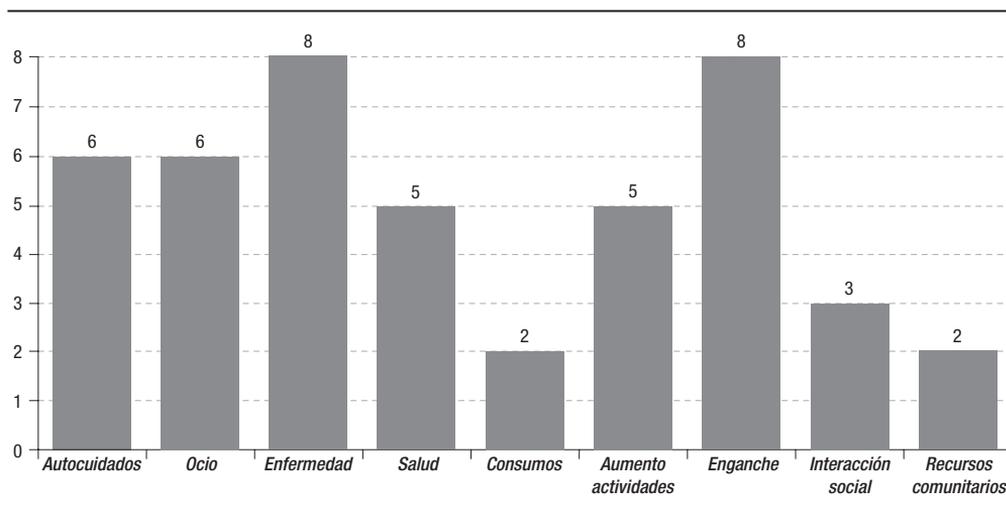
Debido a las características particulares del proceso de enganche, el proceso de evaluación se ve afectado de manera directa. Desde el Centro de Día de Aravaca entendemos y compartimos la importancia de poder finalizar el proceso de evaluación en un tiempo razonable. Para ello, en el caso de las personas sin hogar, es imprescindible más que nunca una adaptación completa a las necesidades de los usuarios. Adaptarnos a las reticencias de acudir al Centro, a la imposibilidad de evaluar en el despacho o a los horarios del albergue hace que el proceso de eva-

luación sea difícil y tenga que ser planificado detenidamente. En esa planificación se han de priorizar las áreas y los instrumentos de evaluación, dejando a un lado muchas veces cuestionarios y escalas para dar más importancia a las técnicas de observación y análisis del entorno. La coordinación con otros recursos para conocer su historia y las capacidades de los usuarios se hace imprescindible.

La evaluación se hace indispensable para *conocer a la persona a la que pretendemos ayudar y el ambiente específico en el que se desenvuelve y opera*. Hemos de tener en cuenta que la evaluación es *continua y no puntual y no se circunscribe a un período predefinido por un protocolo estandarizado* (Cuadernos Técnicos CAM, 2002). Si se operativizan de manera adecuada los datos obtenidos en la evaluación, se observarán cambios pequeños pero constantes durante el proceso de intervención.

El proceso de evaluación finaliza con el Plan de Intervención. Las áreas más comunes en las que se encuadran los ob-

FIGURA 3
Áreas más comunes en las que se encuadran los objetivos del primer plan de intervención



jetivos del primer plan de intervención de los usuarios en situación sin hogar que llegan al Centro de Día, quedan reflejados en la figura 3.

Proceso de intervención

Una vez definidos los objetivos de rehabilitación junto con el usuario, se pone en marcha el proceso de intervención. En este caso, de nuevo, caracterizado por la continuidad de los objetivos de enganche, la necesidad de intervenir en el entorno y de una adaptación plena a sus características de funcionamiento. Tal y como hemos descrito anteriormente, aproximadamente la mitad de los usuarios se fijan como objetivo el mejorar su **vinculación con el Centro de Día**. Muchas de estas personas explican que este objetivo es necesario porque todavía tardan tiempo en establecer lazos de confianza con los profesionales y, por otro lado, no están habituados a convivir en otros entornos distintos al contexto de personas sin hogar. Así, para el trabajo de objetivos relacionados con el área de vinculación y enganche, es el profesional quien continúa acercándose al entorno del usuario con el fin de conseguir un buen vínculo terapéutico que facilite el acercamiento posterior al Centro de Día.

Simultáneamente al objetivo de enganche, en estas primeras fases del proceso de intervención, ha continuado el trabajo de objetivos relacionados con el área de **ocio y tiempo libre**. El trabajo de la participación en actividades gratificantes, así como la mejora en la planificación de las mismas, ha sido el nexo principal de unión entre usuario y profesional en muchos de los casos.

Por ejemplo, «Sergio» y «Almudena», son una pareja de alrededor de 55 años de edad que comienza a acudir al Centro de Día hace cuatro años. Tras el tiempo de enganche y evaluación eligen que el Cen-

tro puede ayudarles a realizar más actividades de ocio pero no quieren asistir ni participar en los programas que se ofertan desde el Centro de Día, ni vincularse con otros recursos de ocio de la comunidad. En este caso se acuerda con ellos citas semanales donde se les ayuda en la planificación y disfrute de las actividades gratificantes: comienzan a pasear por nuevas zonas, a escuchar la radio, a bajar al bar a ver algunos partidos de fútbol y a colaborar en la compra de materiales para la biblioteca del centro. Con esta última actividad, un año después retoman la lectura como actividad de ocio y consiguen acudir una vez a la semana al Centro de Día para renovar sus préstamos de la biblioteca. Los días que acuden al Centro sirven para comenzar a vincularse al mismo de tal forma que hoy, cuatro años después, Almudena participa en la actividad de manualidades del Centro y ambos acuden a la asamblea para poder opinar sobre las salidas y excursiones que realizamos y de las que siempre participan.

Como clave en cualquiera de las intervenciones, resalta la importancia de respetar de una manera muy cuidadosa su sistema de intereses y valores, así como la necesidad que tienen de amplios tiempos de espera antes de tomar la decisión de dar un paso adelante. Afianzar la vinculación con el Centro de Día así como con los profesionales continúa siendo el eje de la intervención. El afianzar habilidades básicas y retomar aspectos clave de la identidad personal a través del trabajo de actividades gratificantes, ha hecho que varios usuarios hayan tenido la confianza en sí mismos para plantearse mejoras en las **actividades básicas de la vida diaria**, como por ejemplo la mejora en **autocuidados e imagen personal**. Este aspecto resulta clave al romper ellos mismos una parte del estigma que se asocia directamente con el hecho de ser per-

sonas sin hogar. Pese a que los cambios cuantificables sean pequeños (cambiarse de ropa una vez a la semana, ducharse cada quince días, cortar y lavar las uñas de las manos, etc.) el plantearse una mejora a este nivel se traduce en una alta implicación con su proceso de rehabilitación que hay que reforzar y acompañar continuamente.

Las técnicas para trabajar el área de autocuidados se centran en primera instancia en un abordaje tangencial y de concienciación de la importancia del mismo. Para ello se ha observado que el trabajo grupal no es la metodología de elección, pues la falta de confianza en los demás hace que no se muestren cómodos hablando de aspectos tan personales en grupo. Se emplean atenciones individuales donde se elaboran registros, se habla de la importancia de algunos hábitos de higiene y se realizan entrenamientos de aquellas tareas que quieran desempeñar.

Se observa que los usuarios no se plantean hasta varios años después de asistir al Centro de Día la necesidad de establecer mejoras en el área del **mantenimiento de la salud**. Así, desde el Centro se ofrecen apoyos a diferentes niveles para facilitar la consecución de objetivos de trabajo relacionados con esta temática, entendiendo un trabajo de hábitos saludables como metodología para la mejora de la salud. De este modo se ofertan talleres grupales, y también, con aquellas personas que necesitan una intervención más concreta y personalizada, se realizan atenciones individuales. En cuanto al mantenimiento de la salud, se observa que la mayoría de los usuarios sin hogar que acuden al Centro de Día mantienen, como parte de sus rutinas diarias, el consumo de sustancias como alcohol, cannabis u otro tipo de drogas. Desde nuestra experiencia hemos observado que, el tratar este aspecto como uno más dentro del proceso de vida de la persona, y relacio-

narlo con los objetivos que se han planteado, ha hecho que la persona sea capaz de tomar el control sobre algunos aspectos de su vida y mejorar en los mismos, pese a que su consumo continúe.

Por ejemplo, «Fernando», usuario del que ya hemos hablado antes, a su llegada al Centro de Día consumía cuatro porros al día. Este hecho no ha interferido en establecer una buena relación con el recurso y los profesionales. A día de hoy, tras cuatro años de intervención, ha mejorado en diferentes áreas como son los autocuidados y apariencia personal, y participa activamente en el equipo de fútbol del centro y otras actividades de ocio como el ajedrez y el maquetismo, habiendo disminuido su consumo a la mitad.

En todos los años de trabajo en el Centro de Día de Aravaca se ha observado que, manteniendo una intervención individualizada y prolongada en el tiempo, los usuarios sin hogar han conseguido plantearse metas relacionadas con el ocio, los autocuidados o el mantenimiento básico de la salud. Además, en algunos casos actualmente, personas sin hogar que acuden al Centro de Día de Aravaca están trabajando por conseguir objetivos más ambiciosos como la mejora y aprendizaje de habilidades sociales, control de las emociones, y la participación en talleres y cursos desarrollados en entidades normalizadas. También dos de las personas han recuperado el contacto familiar y están aprendiendo, con el apoyo de los profesionales, a retomar o aprender el desempeño de roles como el de hermano, hijo o tío.

CONCLUSIONES

Se hace evidente la necesidad de contar con herramientas y recursos útiles a la hora de intervenir con personas con enfermedad mental que se encuentran en situación sin hogar:

- Las personas en esta situación se encuentran doblemente estigmatizadas: por un lado, su situación sin hogar, y por otro lado, la marca de la enfermedad mental. Es necesario, desde el punto de vista del interviniente con esta población, dejar a un lado prejuicios y ver al usuario como realmente es: una persona que seguramente ha tenido una vida con muchas experiencias vitales negativas y sin una red social de apoyo, pero una persona con capacidades infinitas de mejorar.
- La intervención con este colectivo hace que siempre se tenga presente la necesidad de una adaptación completa y flexible de la intervención grupal e individual; priorizando que el usuario tome el control de su propia vida desde el principio y conociendo las peculiaridades del proceso de enganche. Este hecho va a suponer que muchas de las intervenciones hayan de desarrollarse en el contexto del usuario así como que se alarguen los tiempos de consecución de objetivos.

La apertura de nuevos centro de la red de atención a personas sin hogar en diferentes lugares de Madrid, unida a las necesidades concretas que está afrontando nuestro país, pueden hacer que estas premisas de abordaje puedan ser aplicadas por los centros de la red de atención a personas con enfermedad mental grave y duradera en los próximos tiempos.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta Benito M, Santos Bermejo N et al. ¿Qdamos? Una experiencia de ocio en el CD Aravaca. *Informaciones Psiquiátricas* 2012;210:429-439.

Aparicio Basauri V, Tranchoni Ramos M. *Salud mental y población sin hogar*; 2010.

Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M,

Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. *Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso* 2.ª edición [traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal de internet]. 2010 [fecha de la consulta]; [85p]. Traducido de: American Occupational Therapy Association (AOTA). *Occupational Therapy practice framework: Domain and process* (2nd ed.); 2008.

Burt MR. *Helping America's Homeless*. Washington DC, Urban Institute Press; 2001.

Cabrera P, Rubio MJ, Blasco J. *¿Quién duerme en la calle?*; 2008.

Frankish CJ, Hwang SW, Quantz D. The relationship between homelessness and health: an overview of research in Canada. En Hulchansky JD et al. *Finding Home: Policy options for addressing homelessness in Canada*. 2009; 1-21.

González Cases JC, Rodríguez González A. *Cuadernos técnicos de Servicios Sociales. Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Madrid, Comunidad de Madrid; 2002.

Márquez Álvarez LJ. *Salud mental y Personas sin hogar: estudio de detección para establecer pautas de actuación en intervenciones comunitarias*; 2011.

Márquez LJ, Calvo Leira MP. *Salud mental, personas sin hogar y necesidades en las ocupaciones diarias*. *TOG (A Coruña)* 2012;9(16):14.

Teeson M, Hodder T, Buhrich N. Psychiatric disorders in homeless men and women in inner Sydney Aust. *N Z J Psychiatry* 2004;38:162-168.

Trombly C. *Occupational therapy for physical disfunction*. 2nd ed. Baltimore, Williams and Wilkins; 1983.

Vázquez Sousa MI. *Enfermos invisibles: personas sin hogar y enfermedad mental (1.ª parte)*. saludmental.info; 2011.

SALUD MENTAL Y PROGRAMA DE SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE. PIVOTANDO SOBRE LA REHABILITACIÓN

ANA I. DELFA CANTERO

Coordinadora Técnica. Centros de la Línea de Rehabilitación Psicosocial en Badajoz, Hermanas Hospitalarias, Badajoz.

CAROLINA MOGOLLÓN RODRÍGUEZ

Trabajadora Social. Centro de Rehabilitación Psicosocial de Badajoz, Hermanas Hospitalarias, Badajoz.

Recepción: 05-11-13 / Aceptación: 28-11-13

RESUMEN

El trabajo en el medio de la persona, en ocasiones se convierte imprescindible para alcanzar logros significativos en el proceso de rehabilitación, pero comprometer los recursos del entorno es clave para alcanzar una plena inclusión de las personas con las que trabajamos.

Así surgieron los inicios del trabajo junto al Servicio de Ayuda a Domicilio de los entes locales de nuestra área de actuación.

Posteriormente, tras la estela de la confianza y la eficacia demostrada de los tratamientos en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Badajoz, se consideró que, una formación específica en materia de salud mental hacia las auxiliares que trabajan en los Servicios de Ayuda a Domicilio de los Servicios Sociales de Base sería clave para promover la eficacia de estos servicios con la población con dificultades derivadas de una enfermedad mental, disminuyendo el fracaso de estos apoyos, lo que en muchas ocasiones

aumenta el estigma hacia la enfermedad mental y, por otro lado, aumenta el deterioro y la utilización de recursos más invasivos y específicos, como por ejemplo los recursos residenciales.

De esta forma, se ha desarrollado un programa formativo cuya implantación y evaluación han arrojado datos significativamente positivos y esperanzadores que afianzan la atención de las dificultades de salud mental a través de recursos comunitarios normalizados.

Palabras clave

Rehabilitación, mantenimiento de logros, comunidad, Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), Servicios Sociales de Base (SSB).

ABSTRACT

The work in the middle of the people sometimes becomes necessary to achieve significant progress in the rehabilitation process, but commit the resources of the

environment is key to achieve full inclusion of people with whom we work.

Thus arose the early work by the home help service in local authorities in our area of operation.

Later, in the wake of the trust and the proven efficacy of the treatments in the Psychosocial Rehabilitation Center Badajoz, it was considered that specific training in mental health to the aides who work in Home Care Services Basic Social Services would be key to promote the effectiveness of these services to the population with difficulties arising from a mental illness, reducing the failure of this support, which in many cases increases the stigma towards mental illness and on the other hand, increases the degradation and the use of more invasive and specific resources, such as residential resources.

Thus, it has developed a training program whose implementation and evaluation data have yielded significant positive and hopeful that secure the attention of mental health difficulties through standardized community resources.

Keywords

Rehabilitation, maintenance achievements, community, Home Care Service (SAD, in Spanish), Basic Social Services (BSS).

INTRODUCCIÓN

Según recoge M. Laviana-Cuetos en su artículo «La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario»:

«El Comité Regional de la Organización Mundial para la Salud para Europa

adoptó en su 48.^a sesión —septiembre de 1998— 21 objetivos para promover la salud para todos hasta 2020, siendo el objetivo número 6 mejorar la salud mental: de aquí al año 2010 habrá que mejorar el bienestar psicosocial de toda la población y ofrecer servicios completos y más eficaces a las personas afectadas de problemas de salud mental.»

Este objetivo de la OMS es uno de los estándares para las personas que escribimos este artículo.

La literatura especializada y las Guías Clínicas arrojan que el tratamiento de rehabilitación psicosocial es eficaz para abordar las dificultades de las personas con trastornos mentales graves. Siendo el fin último de este tratamiento, ser una herramienta para la recuperación de la persona y su integración plena, constituyéndose como una metodología que promueve logros mantenidos en el tiempo a través de entrenamiento de estrategias compensatorias para contrarrestar el deterioro propio de la enfermedad.

Si reflexionamos sobre la población atendida en un CRPS, encontramos gran heterogeneidad en cuanto a perfil, pudiendo ir desde personas con deterioro importante en el manejo emocional, pero adecuadas destrezas y mantenimiento de habilidades en el resto de facetas básicas de su vida, población joven en el inicio de la enfermedad, donde el objetivo fundamental es que puedan mantenerse en los circuitos de inclusión normalizados y el mantenimiento de los núcleos de relación saludables... en este trabajo, sin embargo, nos centraremos en las personas que presentan una larga historia de enfermedad con multitud de áreas afectadas y alto grado de necesidades de atención en las facetas más básicas para su autonomía, como son los autocuidados y el cuidado de su entorno más próximo. En este último grupo de personas, por su evo-

lución, sintomatología residual, dificultades del entorno... ante el desvanecimiento de apoyos por parte de la red de Salud Mental, es frecuente la aparición de recaídas y/o empeoramientos significativos, lo que en ocasiones provoca la necesidad de apoyos especializados muy prolongados en el tiempo, reinicios de procesos terapéuticos, sobreutilización de tratamientos específicos y una progresiva pérdida de autonomía y aprovechamiento de los recursos más normalizados y próximos a la persona.

En la mayoría de los casos, la existencia de redes de apoyo naturales sanas que ofrecen soporte a la persona, es un predictor de éxito y mantenimiento de logros alcanzados en el proceso de rehabilitación y una herramienta clave para que la persona continúe su proceso de recuperación, con una alta satisfacción por parte de los usuarios de los servicios de Salud Mental. Pero cuando no existen estas redes o coexisten dificultades en el seno de la familia que impiden proporcionar los apoyos que la persona con trastorno mental grave necesita, es necesario comprometer los recursos del entorno para facilitar la permanencia de la persona en su contexto, en su medio, evitando la necesidad de utilización de recursos residenciales más especializados o el aumento de uso de recursos de hospitalización. Todo ello, de cara a evitar recaídas que supongan un riesgo que comprometa las habilidades, capacidades y estrategias de afrontamiento de la persona.

Además, en este punto no debemos perder de vista aquellos entornos familiares donde la persona con discapacidades importantes derivadas de un Trastorno Mental Grave se confiere como cuidador principal de otros familiares. En estos casos, el sistema de atención debe adelantar posibles dificultades en la proporción, no solo de autocuidados para la persona, sino también en el desempeño de roles de

cuidado hacia el resto de convivientes, siendo en muchas ocasiones la red de Salud Mental quien debe dar la voz de alarma para que otras redes de atención puedan iniciar procesos de ayuda.

En el caso de la asistencia comunitaria a las personas con enfermedades mentales graves, el concepto de continuidad de cuidados subraya la necesidad de muchos pacientes de contar con una organización de servicios asistenciales y de cuidados, tanto sociales como sanitarios, fiable, accesible y de forma continuada. La consecución de este objetivo refleja, en una buena parte, la capacidad de coordinación y el grado de actuación conjunta armónica...

J. URIARTE, 2007

Abogando por la igualdad, equidad e inclusión, un objetivo clave de todo proceso de rehabilitación será que la persona alcance el mayor nivel posible de aprovechamiento de los recursos comunitarios que el entorno puede proporcionarle, ajustado a medios, funcionamiento y plazos establecidos. En relación a esto, los servicios sociales de base, universales y promotores del bienestar social de la población de referencia, pretende ofrecer apoyos ajustados a las necesidades de desenvolvimiento en el domicilio para las acciones cotidianas relacionadas con el autocuidado y el mantenimiento del hogar. Valorados por los trabajadores sociales de zona, estos apoyos suelen ser ofrecidos por el Servicio de Ayuda a Domicilio. Servicio preparado para atender las necesidades básicas e instrumentales que una persona necesita para el mantenimiento en su medio con bienestar y adecuados niveles de salubridad.

Pero nuestra práctica profesional arroja diferentes limitaciones:

- Usuarios con altas necesidades de apoyo pero con dificultades para la autovaloración de dificultades psicosociales o para la petición de ayuda. En ocasiones, las propias limitaciones de la enfermedad dificultan a la persona a percibir, priorizar o demandar ayuda para el desenvolvimiento adecuado en su medio.
- Desconocimiento de las dificultades propias de las personas con Trastornos Mentales Graves (TMG), contando con el estereotipo o estigma social acarreados por estas personas. Las auxiliares de ayuda a domicilio carecen de formación específica en materia de Salud Mental, con contactos muy puntuales con usuarios, que en muchas ocasiones presentan sintomatología propia de un problema psiquiátrico y/o emocional pero coexisten a otras dificultades que solapan o mediatizan la información.
- Limitaciones en el servicio de SAD, con baremos y escalas muy centradas en limitaciones físicas y de movilidad, con dificultades para valorar aspectos de funcionamiento psicosocial.
- Formación de las auxiliares del SAD orientado a personas mayores y limitaciones físicas, identificando serias limitaciones a la hora de manejar conductas-problema derivadas de la problemática específica de salud mental.
- Turnos rotatorios, contratos temporales, no asunción de metodologías de trabajo interdisciplinar... lo que condiciona el trabajo y la necesaria construcción de relaciones de confianza, claves para el trabajo con personas con TMG.

Todo lo anterior genera una dificultad de acceso de la población con TMG a los servicios generales del SAD y dificultades en el desarrollo del trabajo de las auxiliares cuando han tenido que trabajar

con personas diagnosticadas de un problema de salud mental.

La respuesta del médico ante las quejas y los síntomas que presenta el paciente va a determinar en gran medida la evolución de la enfermedad.

N. DAURELLA, 2008^a

Esta afirmación obtenida del trabajo de Daurella indica la importancia que tiene la impresión, vivencia y manejo de la sintomatología por parte del profesional de atención, colocando el foco de atención en los profesionales como principal herramienta de la intervención. Es necesario contar con que el trabajo de ayuda a personas con limitaciones es gratificante pero con demandas altas, generando una necesaria regulación de las emociones para el manejo adecuado de situaciones de extremas demandas, así como un afrontamiento rápido y de toma de decisiones ajustadas. Si ampliamos la mirada al resto de profesiones de asistencia a personas con dificultades complejas, en diferentes áreas básicas tanto sociales como sanitarias, se ha demostrado que la existencia de espacios de descarga y de apoyo mutuo ayudan a mantener las habilidades de afrontamiento y capacidades ajustadas en los profesionales de atención, por lo que consideramos que la incorporación de espacios de gestión emocional en la formación implicaría una mejora significativa en el desempeño profesional.

Conscientes de esto, la FEMPEX y delegados sindicales de Servicios Sociales valoran la necesaria formación especí-

^a Daurella N. La aportación de los grupos Balint: una perspectiva actualizada. 2008. En esta ponencia se concluye cómo los participantes en este tipo de grupos se sienten más competentes en su trabajo.

fica para las auxiliares del SAD. Dicha formación se ha venido desarrollando desde la Dirección Técnica y Área de Trabajo Social del CRPS de Badajoz tras la valoración por parte de las personas gestoras de la formación de ser la rehabilitación psicosocial y el estilo de las profesionales elegidas un modelo ajustado para dar respuesta a las necesidades percibidas (por capacidades técnicas, estrategias de afrontamiento ante situaciones difíciles, experiencia y cercanía al entorno), considerando la rehabilitación psicosocial como un modelo de intervención intermedio entre lo social (concedor de las demandas del medio) y lo sanitario (dado que los problemas de una persona con Trastorno Mental Grave cuenta con características y necesidades muy concretas).

De forma previa, el CRPS de Badajoz ha venido trabajando con las auxiliares del SAD y Plan Concilia que apoyaban en el domicilio a usuarios comunes, promoviendo la necesaria coordinación de intervenciones, consenso de estrategias y pautas ajustadas a modelos rehabilitadores, todo ello teniendo siempre presente el necesario consentimiento del usuario y la participación de este en el proceso. De forma individualizada y en función de la necesidad percibida por cualquiera de las partes implicadas, esta práctica arrojó resultados positivos, con claras diferencias a cuando no se daban dichos espacios de coordinación.

CONTEXTUALIZACIÓN

Antes de dar paso a desarrollar las acciones formativas planteadas consideramos importante describir algunos aspectos de la realidad de la atención socio-sanitaria en Extremadura.

Partiendo de la Red Pública de Salud Mental y centrándonos en los dispositi-

vos de rehabilitación comunitarios contamos a grandes rasgos con:

- *Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) y Pisos de Apoyo*: seis CRPS repartidos por la geografía extremeña, dos en la provincia de Cáceres y cuatro en la provincia de Badajoz, dando cobertura a las zonas de salud correspondientes. Tan solo uno de ellos cuenta con un programa de apoyo sostenido (PAS). Cada CRPS cuenta con un Piso de Apoyo, considerado un programa más del centro. Este está orientado a facilitar el acercamiento al tratamiento de rehabilitación y promover el entrenamiento de destrezas y habilidades que promuevan la autonomía a través de la generalización de lo abordado a su entorno.
- *Centro/Programa de Rehabilitación Laboral (CRL/PRL respectivamente*, el primero en la ciudad de Badajoz y el segundo en Cáceres), cuyos fines son la inclusión laboral de las personas incluidas dentro del programa de Trastornos Mentales Graves.
- *Centros Residenciales de Rehabilitación (CRR) y Pisos Supervisados adscritos*: tres para toda la Comunidad Autónoma. De los tres CRR, dos de ellos cuenta con pisos supervisados de acceso exclusivo para la residencia, utilizados como herramienta que facilite un paso intermedio entre el contexto residencial y el medio normalizado. Estos recursos residenciales pretenden ser una herramienta terapéutica frente a la discapacidad producida por la enfermedad mental, orientado a aquellas personas con serias dificultades para el mantenimiento en su entorno.
- *Pisos Supervisados*: de carácter residencial y de cobertura autonómica.
- *Centros de ocio e integración social*: orientados al desarrollo de actividades relacionadas con el ocio.

En esta descripción de dispositivos, y comparándolo con redes de atención de otras comunidades autónomas, observamos la carencia de recursos tipo Centro de Día o Equipos de Atención Social Comunitaria, así como en el plano hospitalario, de Unidades Específicas para trastornos concretos u Hospitales de Día y escasez de dispositivos residenciales.

Si centramos la mirada en el CRPS, por ser el dispositivo desde el cual se ponen en marcha las acciones que explicaremos más adelante, el proceso de atención en él es considerado un tratamiento, pautado por el Equipo de Salud Mental, dispositivo gestor del caso, iniciado a través de la derivación, según los cauces establecidos, con un tiempo de atención marcada por los objetivos terapéuticos y con un límite en la etapa de seguimiento post salida (no podemos obviar la pertenencia de este dispositivo a la cartera del Servicio Extremeño de Salud).

Este seguimiento post-salida (una vez establecida el ALTA DEL RECURSO y parte del proceso orientado al mantenimiento de logros a través de apoyos puntuales y el desvanecimiento de la intervención de manera terapéutica), está marcado por unos requisitos, impidiendo ser una atención excesivamente dilatada en el tiempo y que da soporte a aspectos muy concretos.

Todo lo anterior marca unos límites claros en cuanto a los recursos disponibles de la red de Salud Mental y, más concretamente, de los recursos de rehabilitación, límites de recursos personales y materiales, de tiempo y con unos principios que dirigen la mirada hacia lo comunitario, hacia el compromiso de todo lo que está al alcance en el medio con el fin de establecerlo como herramienta para alcanzar los objetivos terapéuticos.

En el momento actual en el entorno

extremeño, bajo criterios concretos en el acceso y siempre bajo el criterio de los Servicios Social de Base, de carácter universal, encontramos el Servicio de Ayuda a Domicilio. Frente a otros momentos donde el Plan Concilia ofrecía otras opciones, en la actualidad la única alternativa frente a todo lo expuesto anteriormente serían los apoyos en el domicilio de carácter profesional a raíz de la valoración del Grado de Dependencia.

Por no ser el tema que nos ocupa en este artículo, tan solo mencionar el grado de implantación en la actualidad de la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, con limitaciones en los baremos para las personas cuya dependencia proviene de una enfermedad mental, está ofreciendo en la actualidad soporte a los grados más altos y con restricciones a todas aquellas personas que no alcanzan los niveles superiores de Dependencia, centrando así la atención en las dificultades y desprovistos los niveles donde la promoción de la autonomía es lo fundamental y lo que relaciona con los objetivos fundamentales de los recursos de rehabilitación. Todo esto hace que en la actualidad, la conocida como «Ley de Dependencia» no pueda dar cobertura a la atención en el domicilio para promover la autonomía de la persona y mantenimiento de los logros alcanzados a través de los procesos terapéuticos en los recursos comunitarios.

Valorando todos los recursos expuestos, consideramos que el Servicio de Ayuda a Domicilio se constituye como una herramienta necesaria y útil para el mantenimiento en su entorno de aquellos usuarios cuyo perfil requiere de apoyos para el mantenimiento de habilidades previamente entrenadas en contextos de rehabilitación.

ACCIONES DESARROLLADAS

Tras el estudio de necesidades, población destinataria y medios al alcance, se valoró como formato más eficaz poner en marcha acciones formativas de carácter presencial, apostando por la validación de la experiencia del perfil profesional de las auxiliares y promover que fuesen experiencias ajustadas al nivel previo de preparación y formación. Por tanto, se planificaron espacios de formación de carácter presencial, orientados al reciclaje profesional y dentro de los planes de formación continuada, en formato grupal, abiertos a la voluntariedad y cercanos a la población de desarrollo profesional.

Se han llevado a cabo cuatro experiencias formativas, tres exclusivas para auxiliares de ayuda a domicilio (Badajoz, Jerez de los Caballeros y Llerena) y una para todo el personal que forma el Servicio de Ayuda a Domicilio (para las profesionales del Servicio de Ayuda a Domicilio del Instituto Municipal de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Cáceres).

Los objetivos fundamentales de la formación han sido:

- Trabajar los estereotipos e ideas desajustadas sobre las personas con TMG. Para ello puede verse la figura 1 que muestra el cuestionario utilizado, basado en material elaborado, editado y publicado por el Servicio Extremeño de Salud.^b
- Diferenciar *enfermedad mental* de otras dificultades como demencia, discapacidad intelectual, etc.
- Definir Trastorno Mental Grave. Destacando la triple variable de diagnóstico, funcionalidad y tiempo, basando la

información en la documentación del ámbito de referencia, utilizando como fuente el **programa de trastornos mentales graves** del Servicio Extremeño de Salud.^c

- Exponer limitaciones en el funcionamiento y promover la comprensión de los comportamientos derivados del problema de salud mental.
- Promover un estilo de atención terapéutico y facilitador de autonomía.
- Posibilitar estrategias proactivas ante dificultades en el trabajo cotidiano con estas personas.
- Trabajar pautas de higiene mental, intentando que las participantes puedan ser agentes activos de su propia salud mental y de su entorno laboral y personal.

En cuanto a las áreas abordadas, destacan:

- Información, clarificadora y concisa de qué es un **trastorno mental grave**, características y necesidades específicas así como información de los grupos diagnósticos asociados.
- Tratamientos específicos (farmacológico, rehabilitador...) y el papel del SAD en los apoyos para el mantenimiento de los mismos.
- Diferenciación entre diagnóstico, discapacidad y entre enfermedad mental y discapacidad intelectual o dificultades derivadas de demencias y similares.
- Entrenamiento de habilidades para una comunicación eficaz, como principal herramienta para evitar conflictos así como para el afrontamiento de los

^b Servicio Extremeño de Salud. Programa de promoción de la salud mental positiva y prevención de la enfermedad mental en el ámbito escolar de la comunidad autónoma de Extremadura.

^c Servicio Extremeño de Salud. Programa de Trastornos Mentales Graves. Subdirección de Salud Mental. Mérida.

FIGURA 1
Cuestionario utilizado como medida Pre/Post

CUESTIONARIO DE ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL (AEM)

A continuación te presentamos una serie de afirmaciones. Señala con una X según estés de acuerdo o no con tal afirmación.

<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>No lo tengo claro</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Las enfermedades mentales son enfermedades que deben ser consideradas como cualquier otra.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 La manera de vivir de cada persona determina en gran medida la aparición de enfermedades mentales.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Las personas que tienen o han tenido una enfermedad mental son más peligrosas que las personas que no las han padecido.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Las personas con enfermedad mental son fáciles de identificar ya que presentan conductas peculiares.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 A pesar de que las personas con enfermedad mental puedan tener comportamientos raros, no debemos reírnos de ellas.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 La mayoría de personas con una enfermedad mental está deseando trabajar.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Una persona con una enfermedad mental puede casarse y formar una familia.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Enfermedad mental implica retraso mental.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Una persona que ha necesitado de los servicios de salud mental nunca volverá a ser la misma.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Las personas con alguna enfermedad mental pueden desempeñar tareas calificadas, aunque en determinados aspectos presenten alguna limitación.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 No se debería autorizar el voto a las personas que tienen una enfermedad mental.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 La manera más adecuada de tratar a las personas con enfermedad mental es encerrarlas.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 Una de las principales necesidades de las personas con enfermedad mental es el apoyo y comprensión de sus familias, amistades y sociedad en general.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 La mayoría sentimos incomodidad o intranquilidad en presencia de personas con enfermedad mental.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 Las personas con enfermedad mental tienen el derecho de elegir el lugar donde quieren vivir, al igual que cualquier otra.

mismos cuando surgen en las actividades cotidianas.

- Estrategias de afrontamiento de situaciones/problema. Qué hacer y, lo que es más importante, qué no hacer.
- Actitud proactiva frente a las limitaciones del sistema y búsqueda de soluciones creativas.
- Ahondar en el estilo profesional rehabilitador (fig. 2).
- Estrategias para regular emociones y mejorar el clima laboral.
- Importancia del trabajo por objetivos, evaluación de competencias y necesidades y diferenciación de los momentos del proceso terapéutico.

Respecto a la estructura de la formación podemos destacar cuatro bloques temáticos:

- a) La enfermedad mental y su clasificación:
 - Qué es salud mental.
 - Qué es enfermedad mental.
 - Clasificación de la enfermedad mental y sus tratamientos.
- b) Necesidades de atención de las personas con Trastorno Mental Grave:
 - Clasificación de necesidades.
 - Redes de atención: comencemos por la familia.
 - Estilo de intervención.
 - Modelo de recuperación.
- c) La red de servicios de atención en Salud Mental:
 - Intervención por programas.
 - Programa de Trastornos Mentales Graves de Extremadura.
 - La red de atención de Salud Mental en Extremadura.

d) El papel de la auxiliar en el domicilio y apoyos para la integración social:

- Qué, por qué, para qué, cómo y cuándo.
- Habilidades de comunicación.
- Estrategias de afrontamiento.

FIGURA 2

Características de la personalidad deseables e indeseables para los profesionales de salud mental

Características deseables

1. Fuerte sentido del yo: tolera la incertidumbre.
2. Actitud comprensiva: acepta y no juzga.
3. Paciencia, sin intromisiones.
4. Sentido práctico, orientado a la solución de problemas.
5. Flexibilidad.
6. Empatía.
7. Optimismo y apoyo.
8. Firmeza respetuosa.
9. Humor.
10. Modestia.
11. Razonamiento tomando en consideración el contexto.

Características indeseables

1. Fantasía de salvador.
 2. Distorsión consistente de la información.
 3. Visión pesimista.
 4. Abuso de los clientes en función de sus propias necesidades.
 5. Control excesivo, con necesidad de hacer las cosas de los demás.
 6. Desconfianza y culpabilización de los demás.
-

Apuntes de Psicología, 2006, Vol. 24, número 1-3, págs. 345-373.

Estos bloques se van intercalando a lo largo de los días aprovechando los beneficios de la utilización de material gráfico y audiovisual, realización de dinámicas de grupo y promoción de una actitud participativa e implicada de las alumnas, potenciando la construcción de un grupo de trabajo como estrategia clave para la consecución de objetivos.

IMPRESIONES TRAS LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES FORMATIVAS

El apoyo a la población con trastornos mentales graves implica una serie de capacidades, actitudes y destrezas con el fin de proveer una ayuda eficaz para la promoción de la autonomía y la contraposición de las dificultades propias derivadas de la enfermedad. En ocasiones, esta ayuda especializada no puede ser ofrecida por el Servicio de Ayuda a Domicilio derivado de los siguientes hándicaps:

- *Estilo asistencialista*: muy centrado en el abordaje desde las limitaciones, por delante de la persona, bajo el prisma del cuidado y la atención. Este estilo confronta con los objetivos de rehabilitación, encaminados a rescatar y mantener las habilidades conservadas, entrenando habilidades y destrezas compensatorias frente a las limitaciones que provoca la enfermedad.
- *Desconocimiento de aspectos generales de salud mental*: diagnósticos, significado de los mismos, los diferentes tratamientos posibles, etc.
- *Esteriotipos* (comunes a los de la población general, según los estudios en la materia): la principal barrera del Servicio de Ayuda a Domicilio para la atención a personas con Trastornos Mentales Graves es sin duda los miedos y reticencias provenientes, no de la experiencia, sino de los estereotipos e ideas desajustadas de la realidad de las personas con enfermedad mental.
- *Organización del trabajo por planillas rotatorias y contratos temporales con una consecuente irregularidad del servicio*: siendo la posible relación que se pueda construir con la persona, la principal herramienta dentro de los procesos de atención y tratamiento, la temporalidad de los contratos en estos servicios y la rotación de diferentes personas para un mismo servicio dificulta esa construcción terapéutica que comentábamos previamente.
- *Dificultades para diferenciar entre demandas y necesidades reales*: con dificultades para establecer una planificación de la intervención y el trabajo por objetivos llevan a las auxiliares a centrarse en las demandas de la persona o el entorno, en ocasiones contrapuestas en el mismo seno del domicilio, y frecuentemente alejadas de las necesidades percibidas por los profesionales de atención.
- *Equipos bajo el modelo multidisciplinar*: una de las principales demandas de las auxiliares es la sensación de sentirse solas y escasamente apoyadas por sus equipos de referencia.
- *La necesidad de elección de auxiliares con actitudes y destrezas más ajustadas al trabajo rehabilitador, por las propias características personales, por la preparación previa...* en muchas ocasiones, el estilo profesional confronta con los objetivos perseguidos. Si algo es claro en rehabilitación es que no todo es rehabilitación y no todos los profesionales podemos trabajar bajo el modelo de la rehabilitación psicosocial.
- *El 100% de las participantes en las cuatro acciones eran mujeres*. En ocasiones, por la intimidad que precisan múltiples intervenciones en los usua-

rios y, por los valores de determinadas familias, podría facilitar la posibilidad de elección entre profesionales en función de sus habilidades, competencias, destrezas e incluso características personales como el sexo, la edad...

Por otro lado, el Servicio de Ayuda a Domicilio cuenta con características muy positivas y esperanzadoras para constituirse como una herramienta eficaz para la atención y apoyo de las personas con enfermedad mental en su medio más próximo:

- *Cercanía y trabajo en el propio medio de la persona:* los profesionales de salud mental conocemos cómo, en ocasiones, y en muchas de ellas provocadas por el propio curso de la enfermedad, la generalización se torna difícil y complicada. La preparación con la que cuentan las auxiliares para trabajar en el propio medio de la persona posibilita el abordaje integral y directo de las dificultades y necesidades del usuario, con buenas respuestas frente a intervenciones con mínimo coste.
- *Actitud permeable y abierta al cambio:* con una apertura al cambio y a la introducción en su caja de herramientas de nuevas estrategias para el afrontamiento de situaciones conflictivas del día a día.
- *Preparación para afrontar aspectos íntimos y habilidades básicas para la persona:* acostumbradas al trabajo directo en el medio y a la atención de las necesidades más básicas, tienen la capacidad para abordar necesidades primarias con naturalidad, aspectos que en ocasiones quedan relegados a un segundo plano en algunos dispositivos especializados.
- *Necesidad percibida de equipos bajo modelos interdisciplinares:* ante las

sensaciones de soledad autopercibidas, acogen con gran entusiasmo y receptividad estrategias para el apoyo mutuo, la ayuda externa o las posibilidades de coordinación con profesionales de otros dispositivos.

- *Capacidad para valorar necesidades ajustadas y priorización de áreas:* con una percepción del tiempo y los recursos muy ajustada y pegada a la realidad de las personas con necesidades, muestran una elevada capacidad para la priorización de necesidades y secuenciación del trabajo.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Tras analizar las valoraciones del alumnado, a raíz de los cuestionarios de satisfacción de cada una de las acciones formativas, se extraen los siguientes resultados (fig. 3):

- El 100 % de las acciones planteadas en Extremadura por FEMPEX han sido desarrolladas por los centros de LRHP-Badajoz (4 de 4). Lo que puede ser una característica de confianza y presencia de la entidad en la región.
- El 100 % de las personas que han iniciado la acción formativa la han finalizado. Pese a ser, en muchas ocasiones, fuera de la jornada laboral y que el perfil de las alumnas, en su mayoría, posee cargas familiares y personales importantes.
- Espacios bajo el modelo de «grupo Balint» han funcionado para disminuir la sensación de carga y soledad, han facilitado la capacidad de atención en la materia.
- Con medidas pre/post utilizando escalas de valoración de ESTEREOTIPOS (SES) se observa una disminución de los mismos.

FIGURA 3
Cuestionarios de satisfacción de las acciones formativas

La puntuación que se muestra es la media aritmética

VALORACIÓN DE LA 1.ª ACCIÓN FORMATIVA (mayo, 2010)

Formación impartida en Badajoz

Metodología de puntuación: puntuación mínima 0 puntos, máxima 10

Cuestionarios recogidos: 13 (alumnas participantes: 13)

Concepto	Puntuación	Observaciones
MATERIAL DIDÁCTICO		
Documentación entregada, transparencias audiovisuales...		
Claridad del material	8,38	
Relación con la temática de exposición	8,31	
Utilidad para la adquisición de conocimientos teóricos	8,77	
Aplicación práctica	8,46	
Visibilidad y limpieza del material	8,54	
PONENTES		
Conocimiento de la materia	9,77	
Claridad en la exposición	9,46	
Trato con los alumnos	9,31	
Accesibilidad, cercanía...	9,54	
Manejo de los recursos didácticos	9,38	
EL CURSO EN GENERAL		
Interés de la materia expuesta	9,23	
Cumplimiento de las expectativas previas	8,54	
Cumplimiento de los objetivos de la sesión	8,92	
Aplicación práctica	9,23	
Valoración general	9,88	

Si alguien que conoces te preguntara por este curso ¿le recomendarías que lo hiciera?

.....Sí..... 13/13

FIGURA 3 (continuación)
Cuestionarios de satisfacción de las acciones formativas

VALORACIÓN DE LA 2.^a ACCIÓN FORMATIVA (junio, 2010)

Formación impartida en Cáceres

Metodología de puntuación: puntuación mínima 0 puntos, máxima 10

Cuestionarios recogidos: 15 (alumnas participantes: 15)

Concepto	Puntuación	Observaciones
MATERIAL DIDÁCTICO		
Documentación entregada, transparencias audiovisuales...		
Claridad del material	8,33	– Todo me ha parecido muy bueno.
Relación con la temática de exposición	9,17	– Algunos conocimientos ya los tenía adquiridos pero sirven para reflexionar, recordar...
Utilidad para la adquisición de conocimientos teóricos	8,42	
Aplicación práctica	8,42	
Visibilidad y limpieza del material	8,83	
PONENTES		
Conocimiento de la materia	8,92	– Muy cercana.
Claridad en la exposición	9,17	– Las ponentes me han parecido unas profesionales como la copa de un pino, muy preparadas y con mucha experiencia, me han encantado.
Trato con los alumnos	9,08	– Claridad en la exposición. Perfecta adaptación a la heterogeneidad del grupo.
Accesibilidad, cercanía...	9,08	– Alto nivel de conocimientos de la materia impartida.
Manejo de los recursos didácticos	9	– Totalmente conocedoras del tema.
EL CURSO EN GENERAL		
Interés de la materia expuesta	8,83	– El curso ha sido muy interesante, sobre todo los dos últimos días. En principio he pensado que no encajaba con lo que se estaba diciendo pero después hemos tocado puntos en los que tengo relación directa y me ha aclarado muchas dudas. Todo ha sido de gran interés.
Cumplimiento de las expectativas previas	7,58	
Cumplimiento de los objetivos de la sesión	8,25	
Aplicación práctica	7,83	
Valoración general	8,25	

Si alguien que conoces te preguntara por este curso ¿le recomendarías que lo hiciera?

...Sí..... 100% ¿Por qué?

FIGURA 3 (continuación)
Cuestionarios de satisfacción de las acciones formativas

- Creo que es necesario que haya formación de todos y todas las profesionales que trabajan en lo «socio-sanitario» sobre salud mental. Es muy importante destruir las etiquetas; si conseguimos entenderemos mejor.
- He aprendido cosas interesantes. Siempre es bueno aprender de todo un poco por si un día necesitas poner en práctica algo, como decía Forrest Gump: «*la vida es como una caja de bombones, nunca sabes qué te va a tocar*». P. D.: estoy escalando la montaña.
- Porque con este curso puedes conocer un poco mejor qué es la enfermedad mental y tú como profesional podrías ayudar a esas personas que la padecen.
- Es bastante interesante. Se tratan temas que todos deberíamos conocer.
- Por conocimiento de la salud mental.
- Enriquecedor y práctico.
- Para tener nuevos conocimientos que nos sirven para nuestro trabajo.
- Aplicación práctica en la profesión. Claridad de conceptos y pérdida de prejuicios y estigma sobre TMG.
- Es necesario para aclarar muchas ideas que tenemos equivocadas (en la vida en general).
- Porque me parece muy útil saber cómo tratar a personas con enfermedad mental que llegan a mi trabajo, incluso enfocado a la vida diaria.
- Te ayuda a ver más claro algunos conceptos que te impiden ver o hacer mejor nuestro trabajo.

VALORACIÓN DE LA 3.^a ACCIÓN FORMATIVA (junio, 2011)

Formación impartida en Jerez de los Caballeros (Badajoz)

Metodología de puntuación: puntuación mínima 0 puntos, máxima 10

Cuestionarios recogidos: 15 (alumnas participantes: 15)

Concepto	Puntuación	Observaciones
MATERIAL DIDÁCTICO		
Documentación entregada, transparencias audiovisuales...		
Claridad del material	8,94	
Relación con la temática de exposición	9,18	
Utilidad para la adquisición de conocimientos teóricos	8,82	
Aplicación práctica	8,94	
Visibilidad y limpieza del material	9,7	

FIGURA 3 (continuación)
Cuestionarios de satisfacción de las acciones formativas

Concepto	Puntuación	Observaciones
PONENTES		
Conocimiento de la materia	9,18	– Tengo un problema que pesa bastante, y este curso me ha ayudado mucho.
Claridad en la exposición	9,47	
Trato con los alumnos	9,71	
Accesibilidad, cercanía...	9,36	
Manejo de los recursos didácticos	9,42	
EL CURSO EN GENERAL		
Interés de la materia expuesta	9,37	– El curso ha sido corto.
Cumplimiento de las expectativas previas	9,06	
Cumplimiento de los objetivos de la sesión	9,19	
Aplicación práctica	9,13	
Valoración general	9,28	

Si alguien que conoces te preguntara por este curso ¿le recomendarías que lo hiciera?

.....Sí..... 100% ¿Por qué?

En cuanto a los por qué arrojados de recomendar la acción formativa a otras personas se recogen las siguientes apreciaciones:

- Aprendes mucho y nos informan de muchas cosas que nosotros desconocíamos.
- Es muy interesante; tenía dudas y miedos, que se han despejado.
- Porque lo considero muy interesante a la vez que aprendes a tratar a quien lo necesita.
- Te enseñan a afrontar situaciones difíciles, a entenderles mejor, a valorar lo que hacen y sentirte tú satisfecho.
- No solo por el curso en sí, que es para atender a personas con TMG, sino en la vida diaria; es muy satisfactorio.
- Porque he aprendido muchas cosas, que algunas de ellas las sabía pero ya me veo más reparada gracias al curso.
- Es interesante a la vez que te ayuda a comprender la situación y la enfermedad mental grave propiamente dicha para así poder llevarla a cabo en nuestros trabajos.
- Nos ayuda a comprender nuestro trabajo con más claridad, para mejorar.
- Porque puede ayudarte mucho con personas con EM y saber cómo reaccionar en cada momento.

FIGURA 3 (continuación)
Cuestionarios de satisfacción de las acciones formativas

- Porque ayuda a comprender a personas con TMG y quizás no se trate como el «loco», son personas como las demás.
- Porque he aprendido a valorar a esas personas que antes ignoraba y de saber que son personas como nosotros porque se puede ayudar, y ahora más, que hemos aprendido lo que son las personas con EMG.
- Nos informan de muchas cosas que antes desconocíamos de las personas con discapacidad, y nos enseñan cosas que nosotros desconocíamos. Gracias por todo.
- Me parece un tema muy desconocido y con muchos prejuicios y estereotipos que deben superarse. Además, es una información muy útil para tu vida diaria y profesional.
- Ha sido muy ameno e importante para mi trabajo y conocernos un poco más las compañeras de trabajo.
- Me parece interesante, para la mejora de mi trabajo.
- Te ayuda en tu trabajo a resolver problemas.

VALORACIÓN DE LA 4.^a ACCIÓN FORMATIVA (octubre, 2012)

Formación impartida en Llerena (Badajoz)

Metodología de puntuación: puntuación mínima 0 puntos, máxima 10

Cuestionarios recogidos: 14 (alumnas participantes: 14)

Concepto	Puntuación	Observaciones
MATERIAL DIDÁCTICO		
Documentación entregada, transparencias audiovisuales...		
Claridad del material	8,38	– No se dieron prácticas. – No tengo usuarios con TMG.
Relación con la temática de exposición	8,69	– Poco material, nada de práctica que es lo importante a la hora de la verdad.
Utilidad para la adquisición de conocimientos teóricos	9,3	– No hemos tenido internet.
Aplicación práctica	7,85	
Visibilidad y limpieza del material	9,38	
PONENTES		
Conocimiento de la materia	10	– Muy buena experiencia y buena profesional.
Claridad en la exposición	10	– Es una profesora sensible, con un don de palabras extraordinario y muy entrañable.
Trato con los alumnos	10	– Es demasiado «buena» en este tema.
Accesibilidad, cercanía...	10	– Se te ve entusiasta con tu trabajo y que tienes muchos conocimientos y experiencia.
Manejo de los recursos didácticos	8,85	– Han sido muy amenas las tardes contigo.

FIGURA 3 (continuación)
Cuestionarios de satisfacción de las acciones formativas

Concepto	Puntuación	Observaciones
EL CURSO EN GENERAL		
Interés de la materia expuesta	9,69	– Tiene que haber alguna práctica.
Cumplimiento de las expectativas previas	9,46	
Cumplimiento de los objetivos de la sesión	9,92	
Aplicación práctica	9,23	
Valoración general	10	

Si alguien que conoces te preguntara por este curso ¿le recomendarías que lo hiciera?

.....Sí.....

- La satisfacción de las participantes es muy alta, destacando que el 100% de las participantes recomendarían la acción formativa a otras personas (según la encuesta de satisfacción pasada al final de la acción).
- Formadoras y usuarias consideran necesarias más acciones formativas y la necesidad de espacios de continuidad para mantener los logros alcanzados y afianzamiento de conocimientos.

DISCUSIÓN CRÍTICA Y PERSPECTIVA DE FUTURO

Consideramos el SAD como un servicio ajustado y útil para ofrecer apoyos complementarios a los tratamientos específicos de Salud Mental para las personas con Trastornos Mentales Graves que precisen de apoyos específicos en el domicilio y presenten dificultades específicas para el desempeño de habilidades y

destrezas para el automantenimiento y el cuidado del hogar.

Por otro lado, frente a la alta satisfacción percibida por el alumnado, los agentes de promoción de la formación y las formadoras, de cara a aumentar y afianzar los logros y objetivos de la formación, se considera necesaria una mayor planificación de formación complementaria así como el establecimiento de espacios para hacer seguimiento de las habilidades entrenadas.

Además de lo anterior, consideramos útil la construcción de espacios de reflexión y formación a los equipos interdisciplinarios que conforman el **servicio de ayuda a domicilio**.

La dependencia de subvenciones y no estabilización de los planes de formación continuada dificultan el establecimiento de objetivos y líneas de formación adhoc a las necesidades percibidas por todos los agentes implicados en la atención a personas con enfermedad mental.

MOTIVACIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LOS VOLUNTARIOS TRABAJANDO CON PERSONAS CON ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA

MARÍA DOLORES NIETO DE HARO

Médico geriatra. Complejo Asistencial de Málaga, Hermanas Hospitalarias, Málaga.

ANA TORREÑO SORIANO

SUSANA GARCÍA DEL CID

Trabajadora social. Complejo Asistencial de Málaga, Hermanas Hospitalarias, Málaga.

RAFAELA GARCÍA DEL CID

Agente de voluntariado. Complejo Asistencial de Málaga, Hermanas Hospitalarias, Málaga.

SOR MARÍA PAZ GALÁN VALERO

Superiora local. Complejo Asistencial de Málaga, Hermanas Hospitalarias, Málaga.

Recepción: 05-11-13 / Aceptación: 28-11-13

RESUMEN

La definición operativa de *voluntariado* hace referencia al trabajo desarrollado fuera de la familia inmediata, no remunerado directamente y elegido libremente. En España cada vez es más frecuente la presencia del voluntariado en el entorno socio-sanitario. Nuestro centro reúne las condiciones de centro socio-sanitario y desde 1995 se ha incorporado al equipo un grupo de voluntarios que trabajan con los pacientes hospitalizados. Todos nuestros pacientes son personas que padecen enfermedad mental. Predominan los diagnósticos de esquizofrenias, trastornos bipolares, trastornos de personalidad y demencias, entre otros. Con el presente estudio nos ha interesado conocer las características epidemiológicas que definen los voluntarios que trabajan en nuestro

centro. Los coordinadores de los voluntarios deben conocer estos aspectos así como las motivaciones que les lleva a ser voluntarios con el fin de reclutar y de mantener a los mismos. Aspectos como la responsabilidad, la constancia, la motivación y la expectativa son de gran relevancia en los voluntarios que trabajan en este entorno.

Palabras clave

Voluntariado, entorno socio-sanitario, apoyo social, relaciones sociales.

ABSTRACT

The operational definition of volunteering refers to work done outside the immediate family, not directly remunerated

and freely chosen. In Spain it is increasingly common to see volunteerism in the socio-sanitary sector. Our center meets the conditions required of a social health center, and since 1995 a group of volunteers working with hospitalized patients has formed part of our team. All of our patients are people who suffer mental illness. Diagnoses of schizophrenia, bipolar disorders, personality disorders and dementia predominate. In the present study we were interested to know the epidemiological characteristics that define the volunteers who work in our center. Volunteer coordinators should be aware of these aspects and the motivations that led them to volunteer, in order to recruit them and maintain their collaboration with us. Aspects such as responsibility, perseverance, motivation and expectations are of great importance in the volunteers who work in this environment.

Keywords

Volunteer, socio-health, social support, social relationships.

INTRODUCCIÓN

Las primeras referencias al voluntariado surgen a principios de siglo en Gran Bretaña, en relación al trabajo filantrópico realizado por organizaciones voluntarias o benéficas.

Durante los años 60, organizaciones específicas y el propio sistema británico de salud desarrollan un programa de integración de voluntarios en los hospitales, promoviendo el «voluntariado» como un complemento a la provisión de servicios profesionales. Este planteamiento se potenciará con la crisis económica de los setenta, que el NHS aborda, en parte, reforzando aún más el papel de los volunta-

rios para atender la demanda de los servicios de salud.

El concepto de voluntariado fue expuesto en la *Charter for Volunteers*, que lo definió como «el trabajo desarrollado fuera de la familia inmediata, no remunerado directamente y elegido libremente».

El voluntariado se diferencia de otras personas que trabajan en este sector en que no reciben remuneración directa por el trabajo llevado a cabo.

En la actualidad, los voluntarios como agentes de salud aparecen cada vez con mayor frecuencia en las reformas de los servicios sanitarios que se están discutiendo en la mayoría de los países, entre ellos España.

Si en España no se ha desarrollado más el voluntariado en salud hasta el momento, probablemente haya sido por la existencia de redes sociales familiares y del entorno próximo (amigos, vecinos, etc.), que han prestado cuidados a las personas que los precisaban, haciendo innecesario el trabajo voluntario. Sin embargo, los cambios sociales actuales, que nos asemejan cada vez más a estilos de vida de otros países europeos (vida urbana, movilidad geográfica, falta de tiempo libre, pérdida de las redes sociales próximas, restricciones en las prestaciones de los servicios de salud, aumento de la esperanza de vida y las discapacidades) hacen prever un desarrollo creciente del voluntariado.

El voluntariado puede ser un complemento adecuado a los servicios de salud, especialmente en centros como el nuestro, en el sentido de que pueden aportar aquellos cuidados que superan las posibilidades y funciones de los profesionales sanitarios (acompañamiento, comunicación y otros).

La acción voluntaria en el campo de la salud mental es saludable para todos los agentes, siempre que se tengan en cuen-

tan mínimos criterios de intervención y terapéuticos. En muchas ocasiones, la percepción sobre este tipo de institución es negativa, ya que influye el estigma que el personal no sanitario pueda tener hacia las personas que padecen enfermedades mentales.

En nuestra institución, la presencia del voluntariado ha estado muy presente desde el origen de la Congregación. En san Benito Menni, su fundador, tiene el referente más significativo ya como voluntario en Milán (Italia) atendiendo a los heridos procedente de la guerra de Magenta (1859) o en España como voluntario de la Cruz Roja en las guerras Carlistas (1873-1876).

El voluntario hospitalario se distingue por su estilo de acogida gratuita y solidaria a la persona necesitada y vulnerable, preferentemente a las personas con enfermedad mental, discapacitados psíquicos y otros enfermos, especialmente los más pobres y olvidados.

En la relación con la persona voluntaria, el paciente descubre que hay otras formas de enfocar la vida, de afrontar las dificultades, de interpretar la realidad.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El Complejo Asistencial de Málaga es una institución privada, sin ánimo de lucro, propiedad de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

Está registrado como hospital de especialidad psiquiátrica (unidades de corta y larga estancia), y cuenta también con residencias de discapacitados psíquicos y mayores así como una unidad de estancias diurnas para mayores.

Los fines de este complejo asistencial responden al carisma de la Congregación que tienen como Misión proporcionar a los enfermos y acogidos en sus centros una oferta de salud integral que

incluye los aspectos psíquicos, sociales y espirituales, con un carácter eminentemente humanizador, con calidad de trato y respeto a los derechos de la persona.

En este proyecto solidario juega un papel fundamental el trabajo de los voluntarios, los cuales se integran en nuestros valores hospitalarios.

Los voluntarios, según el Marco de Identidad de la Institución, forman parte de la Comunidad Hospitalaria y de todas las personas implicadas en la Obra Hospitalaria, una comunidad plural, capaz de establecer colaboración y unión alrededor del rostro de quien sufre.

El voluntariado tiene definida sus funciones y formas de participación. Se integran plenamente en el Modelo Asistencial, potenciando la atención hospitalaria basada en principios de gratuidad y solidaridad, contribuyendo a la humanización de la asistencia y a la implicación de la sociedad.

Ser voluntario es una forma de desprenderte de tu tiempo y dedicárselo al necesitado de manera altruista. El beneficio de esto es mutuo; tanto para la persona voluntaria, como para el enfermo que recibe voluntariado.

Con el presente estudio nos hemos planteado conocer las características y motivaciones de los voluntarios que trabajan en nuestro centro desde hace años. La finalidad es conocer el perfil de los voluntarios actuales, lo cual ayudará a reclutar, conservar y coordinar a los mismos.

Pensamos que con este estudio, y conociendo a los voluntarios que trabajan en nuestro centro, vamos a ayudar directa e indirectamente a nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo.

El estudio se ha realizado sobre el total de 51 voluntarios que trabajan en nuestro centro repartidos entre las unidades de psicogeriatría y larga estancia de psiquiatría.

Se ha aplicado a los participantes un cuestionario con 18 preguntas cerradas. El instrumento se divide en dos partes: la primera parte consistió en información socioeconómica general y la segunda se refería a las motivaciones para la realización de actividades de voluntariado, relación del voluntario con la enfermedad psiquiátrica y las expectativas de los participantes con respecto al tema de la solidaridad.

RESULTADOS

Se ha analizado un total de 51 voluntarios (39 mujeres y 12 hombres) con edades comprendidas entre los 15 y 81 años aunque el rango de edad más frecuente (53 %) son jóvenes de menos de 30 años. En cuanto a su estado civil, 36 (71 %) son solteros, 12 (23 %) son casados, 2 (4 %) son viudos y 1 de ellos (2 %) se había divorciado.

La proporción de mujeres jóvenes solteras es representativa por lo que se puede considerar un factor de adherencia a la actividad voluntaria. Entre los voluntarios de la muestra, 76,5 % eran mujeres.

En cuanto a la localización del domicilio, el 75 % viven en barriadas alejadas de nuestro centro y el 25 % en el mismo barrio donde se localiza nuestro centro.

Del total de voluntarios, 32 (63 %) no habían tenido contacto o relación con la enfermedad mental previamente. Los 19 restantes habían tenido relación por tener algún familiar enfermo o incluso algún familiar ingresado en el propio centro.

Nos han conocido por los medios de difusión que empleamos (stand, póster, co-

municación, charlas formativas, encuentros, etc.), o por otros voluntarios del centro.

Con respecto a la formación, los voluntarios con una educación universitaria predominan (31,4 %), seguido por los estudiantes de secundaria (29,4 %), encontrándose el 39 % de los mismos estudiando en el momento actual.

El 64 % tienen una antigüedad de más de un año en nuestro centro, con una media de dedicación al mes de 11 horas.

Las actividades más frecuentemente realizadas son, entre otras, el acompañamiento y apoyo dentro y fuera del centro: paseos, juegos de mesa, visitas a la calle, cafeterías, compras... (28 %), acompañamiento en actividades puntuales: excursiones, fiestas, eventos (8 %), acompañamiento en actividades terapéuticas: taller de danza y teatro (10 %), colaboración en las actividades básicas de la vida diaria (2 %). El 52 % combinan las actividades de apoyo personal, y el acompañamiento en actividades pastorales: Eucaristía, Navidad, Semana Santa, Semana de san Benito Menni, etc.

En el 78 % de los voluntarios, la motivación que más se repite es el deseo de ayudar a pacientes con enfermedad mental seguida de la mejora del desarrollo personal (8 %) y del afán de adquirir nuevos conocimientos y habilidades (14 %). Todos los encuestados creen que ellos mismos son los principales beneficiarios de la labor de voluntariado.

Estas razones están relacionadas con su experiencia de aprendizaje, con su capacidad de superación y con la manera en que su experiencia cotidiana se transforma por el voluntariado.

En el 80 % son las expectativas a largo plazo el deseo de ser útiles a las personas que padecen enfermedad mental.

El grado de satisfacción es muy alto, encontrándose el 86 % muy satisfechos con su labor y el 14 % satisfechos.

En general, podemos concluir que los voluntarios que trabajan en nuestro centro están satisfechos con su trabajo y en el medio en el que trabajan.

DISCUSIÓN

El voluntariado es una forma de solidaridad que nace en nuestra Congregación desde su fundador. El voluntariado está integrado en el proyecto asistencial orientado a las personas enfermas.

Los voluntarios son esenciales para el funcionamiento de nuestro proyecto hospitalario y se organizan como importantes miembros del equipo. Dedicán mucho tiempo, esfuerzo, y las diversas habilidades y talento para mejorar la calidad de la atención a nuestros enfermos.

Es importante conocer el perfil de los voluntarios ya que con ellos formamos parte de un proyecto socio-sanitario donde nuestra labor va encaminada al enfermo mental.

El voluntario se integra y forma parte de nuestro centro, por lo que es importante conocer su formación, preparación, competencias profesionales y su sensibilización hacia las personas con enfermedad mental.

Para evitar los posibles problemas que puede plantear un programa de voluntariado, hay que analizar el perfil de los mismos: sus características, sus funciones, sus objetivos e inquietudes, etc.

Tras, análisis de los mismos, hemos sacado la conclusión de que la mayor parte de nuestros voluntarios son jóvenes estudiantes que no habían tenido contacto previo con la enfermedad mental.

El grado de satisfacción de los voluntarios es muy alto, lo cual condiciona que permanezcan en el centro durante mucho tiempo.

Nos han quedado parámetros por analizar como peligros, obstáculos y posibles actitudes negativas de los voluntarios, pero el propósito de nuestro estudio era conocer el perfil de los voluntarios.

Las barreras que supone el enfermo mental están siendo superadas por los voluntarios jóvenes, los cuales contribuyen a la desaparición del estigma que supone la enfermedad mental.

Nos gustaría continuar evaluando a largo plazo la evolución del estigma en las conciencias de estos mismos voluntarios.

Nuestra intención es mejorar la calidad de los mismos por el bien de nuestros pacientes.

EL PROCESO DE RE-INTEGRACIÓN DE LA CAPACIDAD LEGAL

MARÍA AMORES GONZÁLEZ

*Psicóloga. Equipo de apoyo socio-comunitario Retiro, Hermanas Hospitalarias, Madrid.
Centro vinculado a la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave
y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.*

SARA GONZÁLEZ CONDE

*Trabajadora social. Equipo de apoyo socio-comunitario Retiro, Hermanas Hospitalarias, Madrid.
Centro vinculado a la red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave
y duradera dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.*

Recepción: 05-11-13 / Aceptación: 28-11-13

RESUMEN

El presente artículo trata sobre la experiencia de una usuaria, Almudena, atendida por el Equipo de Apoyo Socio-Comunitario (EASC) «Retiro» desde abril de 2008, quien recientemente, en el mes de enero de 2013, consiguió la RE-integración de su capacidad legal tras haber estado durante tres años y medio en situación de curatela económica, ejercida por una institución tutelar, la Agencia Madrileña de Tutela de Adultos (AMTA).

Este hecho y la intervención psico-social articulada para lograrlo, han promovido un proceso de reflexión y de autocrítica interna en los profesionales implicados y cercanos al caso. Esa reflexión se centró en primer lugar en un análisis de la posición más bien *pasiva* (en vez de *proactiva*) que tendemos a adoptar en un primer momento ante este tipo de propuestas, en segundo lugar sobre la *desconfianza* de la que partíamos con respecto al éxito del proceso (contraria al factor de esperanza, clave en cualquier intervención terapéutica) y, en tercer lugar, sobre

la *función y/o funciones* que desempeñamos los profesionales en general, y los recursos de rehabilitación en particular, en el desarrollo de este proceso.

En este relato pasamos a exponer los pasos previos que se dieron antes y durante la tramitación de la solicitud para la RE-integración de la capacidad legal (*objetivos a alcanzar dentro de su proceso de intervención, metodología de trabajo adoptada por el EASC, coordinaciones con el resto de profesionales implicados en el caso —Servicio de Salud Mental y AMTA—, preparación de la documentación y la vista judicial*).

En último lugar, pasamos a plasmar las reflexiones y conclusiones a las que hemos llegado tras haber pasado con Almudena por esta experiencia tan gratificante, en la que hemos experimentado que la recuperación no puede ser completa si no tenemos también presente el objetivo de que la persona recupere sus derechos civiles.

Finalmente se transcribe el escrito que realizó Almudena para el día de la vista judicial y que adjuntó a su solicitud.

Palabras clave

RE-integración, función de acompañamiento, función facilitadora, recuperación, derechos civiles.

ABSTRACT

The current article is about the experience of a patient, Almudena, who was being taken care by the «*Equipo de Apoyo Socio-Comunitario (EASC) Retiro*» from April 2008. Recently, in January 2013, she achieved her legal capacity back after she was in a legal situation of economic partial guardianship for three years and a half. This situation was applied by a guardianship institution called «*Agencia Madrileña de Tutela de Adultos (AMTA)*».

Both the fact and its psychosocial intervention in order to achieve it have boosted a process of reflection and inner self-criticism among the professionals involved in this case. First of all, that reflection was focused on the analysis of the position rather «passive» —instead of a proactive one— that we are keen to adopt before this kind of propositions at first glance. Secondly, it was also focused on the mistrust from which we start regarding the success of the process —that was contrary to the factor of hope, a key factor in any therapeutic intervention—. Thirdly, it was focused on the function and/or functions that we the professionals play in general and the rehabilitation resources throughout this process in particular.

In this article we will expose the previous steps that took place before and during the application process for the RE-integration of the legal capacity (*goals to be achieved within the intervention process, methodology adopted by EASC, coordination with other professionals in-*

involved in the case —Mental Health Services and AMTA—, document processing and hearing).

Afterwards, we will show the considerations and conclusions that we have reached after having undergone this rewarding experience with Almudena, through which we have realized that recovery can not be complete if the person has not recovered his civil rights.

Finally, there is a transcription of the writing drafted by Almudena for the day of the hearing and attached to her application.

Keywords

RE-integration, adapting rhythm tasks, enabling tasks, recovery, civil rights.

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

A continuación vamos a exponer la experiencia de una usuaria, Almudena, atendida por el EASC Retiro desde abril de 2008. Durante su proceso de atención en dicho recurso, Almudena aceptó promover su incapacitación legal (concretamente una *curatela económica*), la cual se hizo efectiva en junio de 2009, y posteriormente promovió y ha conseguido en enero de 2013 la RE-integración de su capacidad legal.

Los motivos que nos han llevado a querer comunicar esta experiencia han sido fundamentalmente dos:

- *En primer lugar*, desde el deseo de compartir con el resto de compañeros y personas afectadas por procesos de incapacitación legal, **lo aprendido en la realización del trámite en sí**; y que para nosotras era desconocido y nuevo.

Cuando, tras varios meses de intervención, Almudena nos solicitó ayuda para llevar a cabo este trámite, una de

las primeras dificultades con las que nos encontramos (y sin embargo, la más sencilla de solventar) fue con que, desde nuestra experiencia particular, no contábamos con apenas información sobre cómo hacerlo, en contraposición de la experiencia y el conocimiento del que ya disponíamos sobre cómo iniciar un proceso de incapacitación legal.

Además de ese desconocimiento, estaba presente la desconfianza de que un proceso de estas características pudiera tener éxito.

- *En segundo lugar*, y como motivo principal, por el deseo de **promocionar y llevarnos a la reflexión sobre la conveniencia y necesidad de este tipo de procesos de recuperación**, tanto a las personas afectadas como a los propios profesionales.

En este sentido, este caso ha generado una importante reflexión interna dentro del propio equipo (tanto en el momento en el que ocurrieron los hechos como en la actualidad), pues fue Almudena quien desde el principio llevó la iniciativa y el ímpetu de todo el proceso.

Fue ella quien tomó la decisión de que quería recuperar su capacidad legal; fue ella quien «convenció» uno a uno a los profesionales implicados en el caso, pues la mayoría de nosotros no lo contemplábamos como una posibilidad en esos momentos, pese a observar que la situación de descontrol que provocó la curatela económica ya estaba revertida. Y por último, fue ella quien siempre miró este proceso con esperanza y como algo posible.

Sin duda, consideramos el hecho de que fuera Almudena la *directora* del proceso y nosotros los *actores secundarios*, como uno de los factores terapéuticos más poderosos en su proceso vital en general, y de rehabilitación, en particular. Esta circunstancia nos ha

llevado a realizar un ejercicio de análisis y autocritica sobre la posibilidad de que otras iniciativas similares se hayan podido quedar en el cajón porque la persona «*no fuera tan perseverante...*», y por nuestra resistencia a contemplarlo como un objetivo de rehabilitación en sí mismo.

Por último, nos parecía de especial relevancia dar a conocer este hecho como una forma de ejemplificar en la experiencia real aquellos cambios de paradigma que se están promoviendo desde el sector de la judicatura y los derechos humanos. Muchos de nosotros estamos acudiendo a foros en los que se cuestionan y se analizan los procesos de incapacitación legal, y se crítica cómo se han estado llevando a cabo en nuestra historia reciente (*por ejemplo desposeyendo de forma sistemática a la persona del derecho al sufragio y obviando el efecto emocional que pudiera tener para ella esta medida*).

De ese rico análisis han surgido cambios en los procedimientos, y cada vez es más frecuente escuchar que la tendencia a aplicar en los procesos de incapacitación legal es «*hacerle a la persona un traje a medida*», quedando obsoletas aquellas sentencias «*corta y pega*» que obviaban las diferencias intrínsecas entre los individuos.

Es por ello que consideramos que no hay acción más terapéutica y de afiliación al sistema del que todos formamos parte que haber vivenciado la frase... «*pero si la situación cambia... esto se puede quitar*».

CRÓNICA DE UNA CURATELA...

¿Por qué fue necesaria una curatela?

Almudena fue derivada al EASC Retiro en abril de 2008. En ese momento tenía 29 años y había sido diagnosticada de esquizofrenia hacía tres.

Con respecto a su historia personal previa, era huérfana de ambos padres desde hacía quince años. Su padre falleció cuando tenía tres años y su madre cuando contaba con 14 años. Tras el fallecimiento de su madre se hace cargo de ella su madrina, Macarena, quien decide que continúe sus estudios en un internado hasta la mayoría de edad. A la salida del mismo se traslada a vivir sola al domicilio familiar. Macarena ejerció las funciones de tutora hasta que Almudena cumplió los 22 años.

En el momento de la derivación llevaba aproximadamente un año asistiendo al CRL Retiro, sin embargo presentaba graves dificultades a nivel global en su funcionamiento diario y mantenimiento autónomo en su domicilio que interferían negativamente en el proceso de rehabilitación laboral. Las dificultades más graves las presentaba en lo referente a su capacidad para la *administración económica*.

Realizaba un gasto mensual que doblaba a sus ingresos, teniendo que hacer por ello un uso constante del dinero de sus ahorros, percibido tras el fallecimiento de su madre. Asimismo no realizaba ningún tipo de planificación económica y el gasto estaba plenamente condicionado por su estado emocional, el cual en esos momentos era muy inestable.

Sus gastos consistían en la adquisición sucesiva de mascotas que posteriormente devolvía, llamadas a líneas de tarot, taxis, peluquería, compra de ropa, etc.

Con el fin de disminuir estas conductas, desde el proceso de intervención iniciado con el EASC se empezó un entrenamiento con Almudena para la adquisición de diversas estrategias de autocontrol, pero sin éxito. Tras medio año sin cambios suficientes, debido a que el gasto y el descontrol iban en aumento y con el fin de evitar una pérdida aún mayor en su capacidad adquisitiva, finalmente se le

propuso como medida de protección de su patrimonio la solicitud de una curatela económica en noviembre de 2008, lo cual aceptó como necesario.

En junio de 2009 recibió la sentencia judicial de curatela económica y del tratamiento psiquiátrico, asumida por la AMTA. A este respecto, cabe aclarar que nos resultó llamativo el hecho de que se incluyera en la sentencia judicial la obligación de someter al control tutelar el seguimiento del tratamiento psiquiátrico, cuando en ningún momento en su historia clínica y curso de la enfermedad esta había presentado problemas de adherencia al tratamiento y/o conciencia de la misma.

¿Por qué ya no quiero una curatela?

Tal y como se ha comentado anteriormente, la sentencia fue firme en junio de 2009, sin embargo no entró en vigor hasta enero de 2010, momento en el que la AMTA jura el cargo y asume sus competencias.

Durante esos seis meses, desde el EASC se continuó trabajando con Almudena en la mejora de su administración económica y el manejo de sus emociones, así como en la asunción de la responsabilidad de su funcionamiento diario, en contraposición a un estilo de atribución principalmente externo que predominaba en ese momento.

Simultáneamente a estos cambios positivos en su funcionamiento, Almudena fue cambiando su visión con respecto a la curatela y se mostró muy crítica y reticente hacia ella, incluso meses antes de que esta entrara en vigor. En este sentido, desde la llegada de la resolución trasladó de forma constante a los profesionales (EASC, CRL y SSM) su demanda y determinación por revocarla.

A este respecto, consideramos que el cambio que se había producido en su si-

tuación vital por la llegada de la curatela supuso un importante estímulo para movilizar y motivar a Almudena en su deseo de mejorar y recobrar su capacidad de autogestión económica.

El «*ya no quiero estar curatelada*» fue motivado en parte, desde nuestro punto de vista, porque este hecho desencadenó un proceso de «*darse cuenta*» mucho más potente y efectivo que todas las intervenciones que habíamos estado llevando a cabo previamente los profesionales. La curatela potenció una toma de conciencia de su situación que previamente no había sido posible. Permitted que Almudena aumentara de una forma más productiva la implicación con sus objetivos de rehabilitación y se comprometiera con su meta personal formulada en «*quiero volver a coger las riendas de mi vida*».

A partir de ese cambio de actitud las intervenciones propuestas desde su proceso de rehabilitación con el EASC empezaron a ser efectivas y suficientes, y los motivos por los que había precisado la curatela económica estaban cada vez menos presentes, siendo la medida, por lo tanto, menos necesaria.

Almudena mejoró significativamente en la administración económica, *ajustando sus gastos a sus ingresos mensuales* (a la pensión no contributiva en los períodos en los que no trabajaba y a su sueldo en aquellos en los que sí). Fue capaz de *hacer crítica* de sus conductas anteriores, principalmente de las que tenían que ver con la realización de compras innecesarias como única forma de reducir su angustia y sentimientos de soledad. Asimismo era capaz de *priorizar sus necesidades económicas* y de poner en práctica *estrategias de ahorro*.

Debido a todas estas mejoras alcanzadas, Almudena pasó a poder defender con argumentos sólidos y pruebas objetivas que «*ya no necesito una curatela económica*».

¿Qué hago para quitarme la curatela?

Llegados a este punto, y teniendo presentes las mejoras antes referidas en su funcionamiento, se decidió apoyar a Almudena en el desarrollo de este objetivo como el aspecto principal dentro de su Plan de Rehabilitación Psicosocial, un Plan iniciado desde hacía años.

Para ello ha sido indispensable la participación y coordinación de varios agentes; Almudena, EASC, SSM (psiquiatra y continuador de cuidados) y la persona de referencia de la AMTA.

Almudena fue quien, como ya se ha comentado, promovió el procedimiento. Fue expresando su demanda a cada uno de los interlocutores implicados en este proceso, pero a quien llegó en primer lugar fue a nosotros, al EASC.

En este sentido, *la función del EASC* ha sido la de *acompañar* el ímpetu, la prisa y la insistencia de Almudena para revocar su curatela, con las reticencias, temores y dudas presentes en los profesionales de referencia, quienes habían promovido hacía escasamente dos años esta medida de protección.

Este *acompañamiento* consistía en ayudar a Almudena a *reducir la ansiedad* que le generaban los tiempos de espera, *secuenciar temporalmente* los momentos en los que quería informar tanto al SSM como a la AMTA, *preparar conjuntamente la información* a transmitir, *acompañarla durante las entrevistas* con dichos profesionales y, en último lugar, pero sin embargo, como requisito indispensable de los pasos anteriores: *validar su propuesta*. Esta validación se realizaba tanto durante las citas a las que acompañábamos a Almudena, como de forma muy importante, en las coordinaciones que se tuvieron con el SSM en primer lugar, y posteriormente con la AMTA, en las cuáles nos solicitaban directamente nuestro criterio.

Ese *posicionamiento* al que se hace referencia originó un propio proceso de reflexión interno en el EASC, debido a la falta de experiencia en este tipo de procedimiento y a nuestras propias cautelas. Estas estaban provocadas principalmente por el corto período de tiempo en el que Almudena venía demostrando un funcionamiento ajustado (escaso en rehabilitación psicosocial), la gravedad de los antecedentes previos, el temor a la frustración que pudiera generar en Almudena el no conseguirlo y el consecuente efecto negativo sobre su estado emocional y, en definitiva, el temor a que este cambio supusiera un factor de riesgo para su estabilidad psicopatológica.

Por otro lado, consideramos que el hecho de que el orden en el que se contactó con los interlocutores fuera desde «*abajo hacia arriba*» (Almudena-EASC-SSM-AMTA), pudo ser un aspecto *facilitador* para la consecución de este objetivo. Todo este proceso nos ha llevado a pensar que, aunque el orden en la toma de decisiones es el opuesto, desde «*arriba hacia abajo*» (es decir, este procedimiento no se puede iniciar sin la autorización expresa de la AMTA, que es quien se persona en la causa); para llegar a esa autorización, considerábamos que era más apropiado hacer la propuesta una vez que se hubiera logrado el consenso entre la persona afectada, Almudena, y los profesionales que la atienden.

Y esta ha sido la segunda de nuestras funciones, la *función facilitadora*. Para *facilitar* que desde la AMTA aceptaran revocar la curatela, se propuso establecer una serie de medidas, de pruebas, para ir constatando la capacidad de Almudena para autoadministrarse. En este sentido, desde que entró en vigor la curatela se pactó que Almudena accediera autónomamente a su cuenta corriente. A raíz de aceptar la posibilidad de revocar la curatela, desde el AMTA acordaron ir dis-

tanciando progresivamente las citas presenciales de seguimiento. A lo largo de estos dos años, Almudena demostró haber recuperado su capacidad para administrarse económicamente.

Y ahora... ¿cómo lo hago?

Por todo lo dicho anteriormente, en el mes de junio de 2012, y con el consenso de los diferentes profesionales (EASC, CRL, SSM y AMTA), se depositó en el juzgado la solicitud de modificación de la incapacidad legal.

El inicio de este procedimiento fue similar al de adopción de esta medida, con diferencia de que en este procedimiento fue Almudena quien lo promovió con el consenso de los demás agentes, y en el anterior fue a la inversa.

Para su realización se reunieron el *informe médico y social* elaborado por el psiquiatra y trabajadora social del SSM de referencia respectivamente. En estos se ponía en conocimiento del juez la situación actual de Almudena, así como la justificación de la solicitud de retirada de la curatela. Asimismo se presentó un *informe favorable de la persona de referencia de Almudena en la AMTA* (trabajadora social).

Una vez recogida esta documentación, la abogada de la AMTA es quien la entrega en el Juzgado de 1.^a Instancia de Incapacidades y Tutela correspondiente, con el formulario de escrito a la Fiscalía, así como *fotocopia del DNI, certificado de nacimiento, certificado de empadronamiento y sentencia de incapacidad*. El trámite no supone coste alguno para la persona que lo solicita.

Una vez entregado, quedaba esperar la notificación con la fecha de la vista oral. Esta llegó dos meses después, pero debido a un error de forma, Almudena no fue informada de la fecha. A los tres meses llegó la notificación definitiva a su domicilio.

DESMONTANDO UNA CURATELA...

Personajes de la escena...

Los personajes que estuvieron presentes en la *vista judicial* fueron:

1. *La parte demandante en el proceso judicial*; representada por la abogada de la AMTA.
2. *La parte demandada*; Almudena.
3. *La juez* del Juzgado de Incapacidades y Tutela.
4. *El fiscal*, encargado de velar por el adecuado desarrollo del procedimiento en sí.
5. *Los acompañantes*; solicitados por Almudena con el fin de apoyar su testimonio, así como para procurarle el apoyo emocional que necesitaba en una situación de estas características; fueron Antonio, amigo y compañero de piso de Almudena, y Sara, la trabajadora social del EASC.
6. *La médico forense*. Es el último personaje en aparecer en la *escena*, aunque tal y como la juez verbalizó en la vista oral, su entrevista y posterior informe fue el factor más determinante para la elaboración de la sentencia.

La puesta en escena...

...o lo que es lo mismo;
la vista oral en el juzgado

En un primer momento *la juez* interrogó a las partes implicadas: Almudena y los acompañantes. Las preguntas hacían referencia a la situación actual de Almudena en diversos ámbitos; situación económica, patrimonial y funcionamiento diario, así como a las circunstancias que motivaron en su día la adopción de la curatela. Solo solicitó la opinión de la abo-

gada y el fiscal para preguntarles si tenían alguna objeción a todo lo dicho anteriormente, quienes se mostraron de acuerdo y no hicieron ningún comentario.

Una vez terminada la vista con la juez, tuvo lugar la entrevista con *la médico forense*; de manera individual en su despacho, pasando en primer lugar Almudena, después Antonio y finalmente Sara, la trabajadora social del EASC.

Los aspectos sobre los que incidió fueron *la adherencia al tratamiento psiquiátrico*, teniendo presentes las citas de seguimiento con su psiquiatra en el Servicio de Salud Mental, la frecuencia de las mismas, la autonomía para la toma de la medicación y capacidad de previsión de la misma. Asimismo, se centró en la *valoración del estado psicopatológico* de Almudena; teniendo muy en cuenta la sintomatología que presentaba actualmente. Exploró el grado de interferencia de la positiva, y fundamentalmente de la negativa, como el aislamiento y la apatía, señalando estos aspectos como factores de riesgo a considerar.

Otro de los aspectos sobre los que indagó en la entrevista fue *la red de apoyo social*. En este sentido, exploró la cantidad y calidad de la misma en el momento actual, los contextos en los que establece sus contactos, así como la percepción que tiene Almudena de estos apoyos. La forense destacó muy especialmente la presencia de *la red social* como uno de los factores de protección más importantes ante posibles situaciones estresantes o desestabilizadoras futuras, así como evitar el riesgo de las relaciones de dependencia cuando la red de apoyo se limita a una sola persona.

Posteriormente exploró *la participación de Almudena en los recursos de la red de atención a las personas con enfermedad mental grave*. En este sentido, se explicó la forma de acceso y el funcionamiento de los recursos de rehabili-

tación, destacando la constante coordinación entre estos y el Servicio de Salud Mental de referencia, así como concretamente aquellos de los que Almudena era usuaria: EASC Retiro y CRL Retiro.

Se le informó del éxito de Almudena en el proceso de rehabilitación iniciado con el EASC en el año 2008, y de la «fase de seguimiento» en la que se encontraba desde hacía dos años, como una forma de constatar que los logros alcanzados se mantienen en el tiempo una vez retirado el apoyo y la intervención directa.

Asimismo se le aclaró la posibilidad siempre presente en nuestros centros de retomar la atención más directa e intensa si las circunstancias así lo requieren. Este fue uno de los puntos sobre los que la médico forense manifestó mayor interés, y que determinó como esenciales en el caso que nos ocupaba: *la accesibilidad a los recursos de rehabilitación en el entorno comunitario de la persona afectada*.

Finalmente, la médico forense nos preguntó nuestra opinión profesional dentro del campo de la rehabilitación psicosocial; y quiso saber *si considerábamos que la RE-integración de la capacidad de Almudena suponía un factor terapéutico en sí mismo*, ante lo cual no hubo duda alguna. La respuesta fue clara y concisa: sí, teniendo en cuenta el sentimiento expresado por la propia Almudena cuando nos transmitía *«tengo el control de las riendas de mi vida, pero me falta que sea completo —en referencia a la situación de estar curatelada»*.

El desenlace de la escena...

...la sentencia

Diez días después de la vista judicial llegó por correo a su domicilio la sentencia por la que se comunicaba a Almudena que había obtenido la *RE-integración de su capacidad legal*.

La sentencia señalaba que *«de la actividad probatoria practicada en el presente procedimiento se infiere que no es necesario en el momento presente mantener la limitación de capacidad acordada en la sentencia anterior»*, haciendo alusión explícita *a que se ha revertido la situación que provocó «la restricción de la capacidad de obrar para regir su patrimonio en todo lo que exceda de los gastos ordinarios y de bolsillo, siendo capaz para el autogobierno de su persona a excepción de lo relativo al seguimiento de tratamiento psiquiátrico, el cual deberá seguir de forma continuada y obligatoria»*.

PERO ANTES DE BAJAR EL TELÓN...

... NUESTRAS CONCLUSIONES

... La conclusión más importante a la que hemos llegado tras todo este proceso es que nos ha hecho reflexionar sobre el *papel facilitador* que en alguna ocasión podemos tener desde los recursos de rehabilitación. La mayor *accesibilidad* e *intensidad* de intervención que frecuentemente se proporciona desde estos dispositivos, facilita sin duda que la persona afectada pueda expresar de una forma más fácil este tipo de demanda.

Sin embargo, esto también nos ha llevado a la reflexión de que nuestra actitud facilitadora fue más pasiva que activa, o mejor dicho, proactiva.

Nos dimos cuenta de que no caemos tanto en la promoción de este tipo de objetivos, lo cual sin embargo no nos ocurre con otras intervenciones como, por ejemplo, aquellas destinadas al ocio o que la persona se oriente a la formación o el empleo, donde sí somos más proactivos.

En este sentido, esta reflexión nos lleva a tener más presente la responsabilidad que tenemos los profesionales de

abrir los ojos ante esta necesidad y objetivo de recuperación en sí mismo; como es *la recuperación de los derechos civiles*. En este sentido, es importante tener en cuenta que puede haber otras personas afectadas con menor capacidad proactiva que la que demostró Almudena, o que simplemente desconocen la existencia de esta posibilidad.

A continuación se reproduce el escrito que elaboró Almudena y que adjuntó a la documentación presentada para iniciar el procedimiento...

«*Mi nombre es Almudena, tengo 33 años.*

Me he criado prácticamente sin padres y sin recibir educación alguna acerca del dinero y casi de la vida, ya que mis padres fallecieron cuando yo era muy pequeña y estuve a cargo de Macarena, una amiga de mi madre; no sé si por querer dármele todo, lo cierto es que siempre me educó en la abundancia: siempre tuve lo que quise, fui a los colegios más caros, todo parecía estar aparentemente bajo control, pero a los 24 años perdí mi pensión de orfandad e inmediatamente me puse a trabajar de cajera en supermercados con el fin de no gastar de mis ahorros, pero el elevado nivel de estrés, acompañado de una enorme soledad y otros factores me hicieron caer enferma a los 26 años de esquizofrenia.

Ahí empezaría toda la pesadilla; todo el orden de mi vida se vino abajo, solo quería comprar mi felicidad con dinero, gastaba en ropa, peluquerías, taxis... me angustiaba ir hacia la ruina, pero por otro lado encontré un trabajo de recepcionista, donde casi compensaba lo que ganaba con lo que gastaba, pero con tal desorden de vida no supe conservar mi trabajo.

Incluso estaba ya tan enferma que no

podía pasear a mi perrita Hidra, y con todo el dolor de mi corazón la tuve que dar a una amiga; tal era la soledad y tristeza de no poder tenerla conmigo, que compraba otro cachorrito para suplirla y lo tenía que terminar dando porque tenía el mismo problema, estaba muy enferma.

Toqué fondo pero, afortunadamente, gracias al equipo de apoyo, a mi gran amigo Antonio, y a toda la gente que me ha apoyado, hoy por hoy tengo un completo control sobre el dinero y sobre mi vida.

Me considero una luchadora porque teniendo esta enfermedad trato de hacer una vida lo más normalizada posible. Necesitaba que me retirasen la curatela no para volver a malgastar otra vez, sino porque necesito sentirme dueña de mi vida, de poder ir a un trabajo y no tener que explicar que el número de cuenta está intervenido y, por lo tanto, que tengo una discapacidad. Ahora me siento completamente consciente de mis actos y sus consecuencias.

Ya no malgasto porque haya tenido la curatela detrás, sino porque he aprendido a valorar que el dinero es parte de mi seguridad y he aprendido claves para gastar lo menos posible; claves que ya tengo para toda mi vida, y por eso también tomo mi medicación todos los días sin falta y me mantengo muy estable.

Para terminar, me gustaría decir que este sentimiento de seguridad no se limita solamente a mi control sobre el gasto, sino sobre otros aspectos de mi vida, y creo que la palabra en torno a la que gira el éxito de todo objetivo como este es: orden, orden en la casa, en el armario, en la agenda, etc. y por supuesto, orden a nivel mental.

Un saludo a todos los profesionales que me habéis ayudado y en especial a Sara y M.^a Jesús.»

Almudena

EFFECTIVIDAD DEL USO DE LA WII BALANCE BOARD® (WBB) EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

LUIS A. CUÉLLAR REQUEJO

*Terapeuta ocupacional. Centro de Rehabilitación Psicosocial de Valladolid.
Hermanas Hospitalarias, Valladolid.*

Recepción: 05-11-13 / Aceptación: 28-11-13

RESUMEN

Objetivo. Estudio de efectividad del uso de la Wii Balance Board® (WBB). Nintendo® para el equilibrio de pacientes con esquizofrenia.

Material y métodos. Veinte personas con esquizofrenia se dividieron de forma aleatoria, diez como Grupo Control y diez como Grupo Intervención. Participaron en un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, aleatorizado con doble ciego para evaluar la eficacia de la Wii Balance Board® (WBB) de Nintendo® en la rehabilitación del equilibrio en personas con esquizofrenia. Todas las personas fueron valoradas al inicio y al final del tratamiento con la Berg Balance Scale (BBS), así como la sintomatología y problemática asociada a la enfermedad mental a través de la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales).

Resultados. Los resultados mostraron una mejora significativa en el tiempo de todas estas medias, pero no se detectó ningún efecto significativo en el Grupo Intervención respecto al Grupo Control, lo que sugiere que ambos grupos mejoraron de la misma forma. No hubo eventos

adversos graves durante el tratamiento en ambos grupos.

Conclusiones. Los resultados no confirman una validez de la Wii Balance Board® (WBB) de Nintendo® en la rehabilitación del equilibrio en personas con esquizofrenia. Haciendo un estudio de caso, vemos la mejora en algunos casos de la investigación.

Palabras clave

Esquizofrenia, equilibrio, déficit motor, rehabilitación, terapia ocupacional.

ABSTRACT

Objective. To study the effectiveness of using Wii Balance Board® (WBB) of Nintendo® for the balance of patients with schizophrenia.

Material and methods. Twenty individuals with schizophrenia were divided at random, ten at ten at Control Group and Intervention Group. Participated in a study, descriptive, longitudinal, prospective, randomized double-blind evaluation of the effectiveness of the Wii Balance

Board® (WBB) of Nintendo® in the rehabilitation of balance in people with schizophrenia. All individuals were assessed at the beginning and end of treatment with The Berg Balance Scale (BBS), and the symptoms and problems associated with mental illness through the scale HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales).

Results. The results showed a significant improve in time of these socks, but did not detect any significant effect in the intervention group compared to control group, suggesting that both groups improved in the same way. There were no serious adverse events during treatment in both groups.

Conclusions. The results confirm not valid for the Wii Balance Board® (WBB) of Nintendo® in the rehabilitation of balance in people with schizophrenia. Using a case study we improved some cases of research.

Keywords

Schizophrenia, balance, motor deficits, rehabilitation, occupational therapy.

INTRODUCCIÓN

Una de las primeras descripciones que se hace de la esquizofrenia son anomalías motoras (falta de conciencia corporal, movimiento voluntario, movimientos involuntarios, falta de equilibrio...) o déficits motores (Comisión de la Comunidades Europeas 2005, Gómez Jiménez y otros, 2011).

La esquizofrenia se asocia con un aumento de los movimientos involuntarios y con signos neurológicos blandos, que se denominan anomalías neurológi-

cas en la integración sensorial, la coordinación motora, el orden de los actos motores complejos y reflejos primitivos. Existe evidencia de déficit motores en población con riesgo de esquizofrenia (Kent, 2012; Kim y otros, 2012).

Los pacientes con esquizofrenia tienen distorsionada la percepción de su cuerpo, no distinguiendo lo que sucede fuera o dentro, por ello sufren trastornos sensoriomotores, incluidos problemas en el seguimiento de objetos en movimiento y el movimiento biológico a percibir. Estas personas presentan signos físicos que acentúan el estigma social. Tener un mal equilibrio, representa un papel dominante en el deterioro de la toma de decisiones de los pacientes con esquizofrenia, consecuencia de ello implica una indecisión y/o mala ejecución de sus actividades de la vida diaria, por ello una limitación de su autonomía e independencia (Bernaldo de Quirós Aragón, 2006; García Rodríguez, 2004; Imsero, 2003; Imsero, 2007; Tizón, 2002; Orihuela y otros, 2003).

En el presente estudio, se trata de investigar acerca del equilibrio de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, mediante una evaluación estandarizada como es la Berg Balance Scale (BSS). (Chiu, Au-Yeung y otros, 2003; Vancampfort y otros, 2012).

Las nuevas tecnologías, son una herramienta que permite al hombre realizar actividades que no puede hacer habitualmente por sus propios medios. La misma tecnología, que nos excluye puede y debe dar soluciones a estos problemas, de las personas con diversidad funcional, discapacidad física, visual, auditiva o cognitiva (Baumeister y otros, 2010; Pedretti y otros, 2001).

La rehabilitación consiste, en ayudar a una persona a conseguir o recuperar una capacidad de la que carece o que ha perdido tras un accidente, una enferme-

dad o deterioro asociado a la edad. El objetivo principal es dar una autonomía y calidad de vida. La rehabilitación no consiste solo en actuar en el individuo para que pueda adaptarse, sino también en el ambiente que le rodea.

Dentro de la rehabilitación en salud mental, los terapeutas ocupacionales nos centramos en abordar los déficits entrenando las habilidades y potenciamos las capacidades conservadas en los pacientes para favorecer su autonomía. Por ello debemos buscar y ofrecer todas las opciones a nuestro alcance para que desarrollen su rol de vida. Los productos de apoyo, desde el más sencillo a los de tecnología más avanzada, forman parte de estas opciones. Tanto para las actividades de la vida diaria (AVD's), como la comunicación, las actividades deportivas o el ocio. Dentro del campo del ocio hay que destacar la actualidad y gran difusión de los videojuegos (Baumeister y otros, 2010; Comisión de las Comunidades Europeas, 2005; Franco Domínguez, 2008; García Rodríguez, 2004; Herráez Sainz y otros, 2009).

Las investigaciones científicas sobre videojuegos afirman que jugar es totalmente seguro para la gran mayoría de las personas, e incluso tiene efectos beneficiosos para la salud. Los efectos perjudiciales para la salud son pocos y no son graves, causados por una rara predisposición personal como la epilepsia sensible a la luz, por un uso excesivo o por contenidos inadecuados para la edad del jugador. La adicción es algo a tener en cuenta, aunque en algunos estudios se duda que exista una verdadera adicción y se habla más bien de un uso abusivo ya que el ser humano desarrolla fácilmente comportamientos compulsivos con casi cualquier cosa (Zschucke y otros, 2013).

Las novedades tecnológicas aplicadas a la videoconsola, como la Wii, propor-

cionan nuevas formas de jugar, en las que se pueden mejorar y entrenar habilidades motoras en un contexto extremadamente motivador.

Este trabajo de investigación pretende mostrar la utilidad de la consola Wii, como herramienta rehabilitadora en personas con Enfermedad Mental Grave y Prolongada (EMGyP) (Baumeister y otros, 2010; Mouawad y otros, 2011; Pompeu y otros, 2012; Zschucke y otros, 2013).

MATERIAL Y MÉTODOS

Hipótesis

Hipótesis primaria

- Los usuarios asignados al GI (Grupo Intervención) presentarán a la finalización del estudio una mejora en su equilibrio significativamente mayor a la de los usuarios GC (Grupo Control) de tratamiento habitual. Una puntuación mayor denotará mejor equilibrio, y por consiguiente, un menor riesgo de caída.

Hipótesis secundarias

- Los pacientes asignados a tratamiento habitual más programa de intervención psicomotriz (PIP) presentarán a la finalización del estudio una mejoría en su sintomatología y problemas derivados de su enfermedad mental significativamente mayor a los pacientes que sean asignados a GC de tratamiento habitual.
- Los pacientes asignados a tratamiento habitual, más el Programa de Intervención Psicomotriz (PIP) presentarán a la finalización del estudio un grado de caídas significativamente menores a los pacientes que sean asignados a GC de tratamiento habitual.

Participantes

De una población de 35 personas con esquizofrenia, que asisten al Centro de Rehabilitación Psicosocial de Valladolid, fueron candidatas a participar en el estudio los que cumplieran los *criterios de inclusión* expuestos a continuación:

- Todos los pacientes tienen que estar diagnosticados de Trastorno de Esquizofrenia según DSM IV-TR.
- Residentes en la comunidad, mayores de edad (> 18 años).
- Ingresados y atendidos en un servicio ambulatorio.
- Duración de la enfermedad de, al menos, dos años desde el primer episodio.
- No presentar Discapacidad Física en los MMII.

Como *criterios de exclusión*:

- El paciente ha sido ingresado en una unidad residencial durante el último mes un período de tiempo superior a 30 días.
- Diagnóstico secundario de retraso mental, demencia u otros trastornos cognitivos.

Después de los criterios de inclusión-exclusión, una muestra final de veinte pacientes se mantuvo en el grupo total. Todos los sujetos de ambos grupos fueron asignados aleatoriamente a un grupo con-

trol (GC) y a un grupo intervención (GI). El programa aleatorizado fue generado por el orden de historia clínica (tabla I).

Protocolo experimental

Dispositivo

El dispositivo está formado por la videoconsola Wii Nintendo®, una pantalla LCD de 42" y un Wii Balance Board® (WBB). El Wiimote tiene una cámara de infrarrojos en su interior, que se ve en la barra de sensor, que contiene LEDs, y sabe dónde está el mando en el espacio. La información se envía a la consola Wii a través de la tecnología Bluetooth. De ahí la necesidad de «sincronización» con los controladores de la consola. La Wiimote también tiene un acelerómetro en su interior que detecta el movimiento y posicionamiento; la información que recoge se envía a través de Bluetooth durante el juego para crear el control realista de que la Wii es reconocida en el espacio.

La comunicación entre la videoconsola y la tabla se realiza por Bluetooth creado por el fabricante. La tabla de equilibrio funciona con cuatro almohadillas de presión.

Descripción básica de la videoconsola Wii Nintendo®. Tiene un mando, inalámbrico, con función de vibración; los sensores de movimiento que contiene el mando Wiimote y Nunchaku ofrecen una manera de jugar intuitiva y natural. Se facilita así el juego en personas con EMGyP con déficits cognitivos ya que los movimientos que realiza durante los juegos se asemeja a los que se ejecutan en la realidad, sin necesidad de pulsar complicadas combinaciones de botones como ocurre en otros mandos. Estas características hacen que este mando sea útil hasta para personas con poca destreza manual o escasa coordinación de los dedos. El botón B se encuentra en la parte

TABLA I
Distribución de población

Características	Intervención	Control	Total
Edad	43,2	39,3	41,2
Mujeres	2	2	4
Hombres	8	8	16

posterior del mando, en nuestra experiencia, en ocasiones, los usuarios presentan dificultades para pulsarlo, y para ello se ha trabajado bastante la localización y pulsado del botón.

Creación del personaje Mii. La videoconsola Wii Nintendo® permite la creación del Mii (o personaje) que puede adaptarse a las características faciales y corporales del jugador, logrando así una mayor implicación por su parte en el juego y, por tanto, en su proceso de intervención. Después de crear su Mii, el jugador puede ver cómo cobra vida en algunos juegos que utiliza.

Juegos básicos

Wii Sport® es uno de los juegos empleados en nuestra experiencia, donde se ofrecen cinco deportes diferentes. En nuestro caso lo hemos utilizado para realizar un acercamiento al funcionamiento y familiarización con la videoconsola:

- **Tenis.** Se juega realizando con el Wiimote® movimientos reales de la raqueta, pudiendo realizar swings, boleos... sin necesidad de utilizar un botón. El jugador no tiene que preocuparse por mover el personaje porque la máquina se encarga de moverlo. Solo en caso de que se debe pulsar el Botón A para lanzar la pelota hacia arriba, y al mismo tiempo coordinar y calcular el momento, el ángulo, y la rapidez para golpearla, tal y como ocurre en la realidad.
- **Bolos.** Se realiza el movimiento de lanzar la bola del siguiente modo: dejaremos presionado el botón B, y entonces, realizaremos el movimiento desde adelante hacia atrás para coger fuerza y después hacia adelante para soltar la bola. Al final justo del movimiento tendremos que soltar el botón B para lanzar la bola.

Wii Balance Board® (WBB), es una tabla capaz de medir el peso, el centro de gravedad y obtiene unos porcentajes de carga de una pierna a otra.

El juego empleado para la intervención es el WiiFit Plus®, y concretamente hemos empleado los siguientes juegos:

- **Cabeceos.** Consiste en dar cabeceos a un balón de fútbol que lanzan otros personajes. Se deben realizar cargas disociadas de peso hacia los lados para golpear el balón y esquivar otros objetos.
- **Plataformas.** Se deben introducir las bolas dentro del orificio moviéndose hacia los lados, hacia delante o atrás según se deba dirigir la bola. Potenciamos la rapidez en planificar los movimientos que se deben realizar para alcanzar el objetivo.
- **Río abajo.** El ejercicio transcurre por un río sinuoso, y de lo que se trata es de llegar a la meta que hay al final del recorrido sin tocar nunca las paredes, con las cargas disociadas de los pies, avanza la figura por el río.
- **Consigue un 10.** El objetivo es golpear los números hasta obtener la cifra buscada. Cargas de peso para golpear las bolas que aparecen con los números.
- **Bolas de nieve.** Moverse a derecha o izquierda para salir del refugio y luego apunta a un rival y pulsar A para lanzarle una bola y obtener un punto. Se introducen los movimientos de equilibrio y la coordinación óculo-manual.

Protocolo de intervención

Todos los pacientes incluidos en el presente estudio recibieron una sesión semanal de una hora de duración. El tratamiento consistía en un total de 10 sesiones de una hora de duración. Cada una de las sesiones constaba de un calenta-

miento previo de la zona a trabajar. Un ejercicio de contacto con la videoconsola y el ejercicio de intervención, con un pequeño descanso de cinco minutos en mitad de la sesión.

Las sesiones se realizaron en una parte acondicionada del gimnasio, bajo la supervisión del terapeuta ocupacional responsable. El primer día de tratamiento, todos los pacientes incluidos recibieron una explicación sobre la dinámica de los ejercicios, visualizaron una demostración de los mismos y realizaron una sesión de entrenamiento para familiarizarse con el dispositivo.

Durante las sesiones, el sistema de retroalimentación auditiva de la videoconsola al paciente, con refuerzo positivo cuando el paciente consigue el objetivo, en cada uno de los ejercicios que se le muestran o cuando es incorrecta la realización del ejercicio, muestra la puntuación obtenida y la evolución de las sesiones. Los sonidos y los resultados del juego sirven como elementos de motivación.

El grupo control participó de los programas habituales del Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Protocolo de valoración

Todos los pacientes fueron valorados con el protocolo de valoración expuesto a continuación en el momento inicial y una vez terminada la intervención con Wii Balance Board® (WBB), por un especialista ciego de asignación de pacientes.

El protocolo de evaluación para el módulo de equilibrio en bipedestación, mediante alcances con Wii Balance Board® (WBB) incluía como escala clínica la Berg Balance Scale (BBS) (Chiu y otros, 2003), que valora el equilibrio estático y dinámico mientras se realizan diversos movimientos funcionales. En todos los casos, el estudio del equilibrio se realizó sin ningún tipo de ayuda.

Para comprobar que la sintomatología y problemática asociada a la enfermedad mental no se vea alterada por la intervención, se evalúa a través de escala HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*) (Orihuela y otros, 2003; Uriarte y otros, 1998).

También se anota y se compara la edad física, con los datos que aporta la videoconsola según una evaluación que realiza; la edad máxima que expresa la videoconsola es de 80 años.

Adicionalmente, se anotan el número de caídas por parte de los pacientes, durante el período de tiempo que dura la intervención del programa.

OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar la eficacia de la administración de un Programa de Intervención Psicomotriz (PIP) para mejorar el equilibrio en pacientes con Enfermedad Mental Grave y Prolongada (EMGyP) con diagnóstico principal de esquizofrenia. La eficacia será medida sobre el resultado global de la Berg Balance Scale (BBS) (Chiu y otros, 2003).

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Observar la evolución de los siguientes indicadores clínicos de los pacientes:

- Sintomatología y problemática asociada a la enfermedad mental a través de la escala HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*) (Orihuela y otros, 2003; Uriarte y otros, 1998).
- También se anota y se compara la edad física, datos que aporta la videoconsola según una evaluación que realiza, pre y post de la intervención.
- Número de caídas durante la intervención.

TABLA II
Datos de la «Berg Balance Scale (BBS)»

	Grupo	N.º	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Berg inicial	Grupo Control	10	33,60	10,255	3,243
	Grupo Intervención	10	29,70	6,601	2,087
Berg final	Grupo Control	10	34,70	8,795	2,781
	Grupo Intervención	10	37,10	8,888	2,810

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se creó una base de datos electrónica especialmente diseñada para el estudio, usando el programa SPSS, 17.0 y la prueba de U de Mann-Whitney al 95 % de confianza. Es el análisis estadístico más adecuado para determinar y analizar los datos y ver si realmente hay diferencias significativas con las medias obtenidas.

TABLA III
Estadísticos de contraste

	Berg final
U de Mann-Whitney	41,000
W de Wilcoxon	96,000
Z	-,683
Sig. asintót. (bilateral)	,495
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,529

RESULTADOS

Utilizando este estadístico se analizaron, en primer lugar, los datos obtenidos de la evaluación de la Berg Balance Scale (BBS). Podemos ver que la Evaluación post-tratamiento del Grupo Intervención ($M = 37,10$, D. T. = 8,888) es superior a la puntuación total del pre-tratamiento ($M = 29,70$, D. T. = 6,601) (tabla II).

En la puntuación no hay una evidencia estadísticamente significativa. El equilibrio es ($z = -0,683$, $p > 0,05$) entre el GI y GC (tabla III).

Hay que tener en cuenta que la Berg Balance Scale (BBS) es ascendente, siendo el baremo de las puntuaciones de 0 a 56.

En las puntuaciones de HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*) se puede ver que la Evaluación post-tratamiento del Grupo Intervención ($M = 6,20$, D. T. = 2,098) muestra puntuaciones inferiores a las puntuaciones totales del pre-

TABLA IV
Datos de la Escala HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*)

	Grupo	N.º	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
HoNOS inicial	Grupo Control	10	6,00	2,000	,632
	Grupo Intervención	10	7,10	2,424	,767
HoNOS final	Grupo Control	10	5,60	2,989	,945
	Grupo Intervención	10	6,20	2,098	,663

TABLA V
Estadísticos de contraste HoNOS

	HoNOS final
U de Mann-Whitney	38,000
W de Wilcoxon	93,000
Z	-,919
Sig. asintót. (bilateral)	,358
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,393

tratamiento ($M = 7,10$; D. T. = 2,424). Teniendo en cuenta que en esta escala un mejor resultado coincide con una menor puntuación, podemos ver que los niveles se mantienen estables. Si bien el objetivo era que descendieran respecto al Grupo Control, el mantenerse lo podemos considerar como un buen resultado, ya que no hay un empeoramiento en el estado psicopatológico del paciente (tabla IV).

La puntuación no evidencia una mejora estadísticamente significativa. El equilibrio es ($z = -0,919$; $p > 0,05$) entre el GI y GC (tabla V).

Las medidas que da Wii corresponden con la edad física de la persona que hace la prueba. La evaluación post-tratamiento del Grupo Intervención ($M = 56,00$; D. T. = 10,822) es inferior a la puntuación total respecto al pre-tratamiento ($M = 66,10$; D. T. = 9,024).

La edad del WiiFit se acerca a la media de la edad real del Grupo Intervención ($M = 43,2$) (tabla VI).

Las puntuaciones no arrojan evidencias estadísticamente significativas. El equilibrio es ($z = -0,342$; $p > 0,05$) entre el GI y GC (tabla VII).

No se han encontrado diferencias significativas, para ninguna prueba entre pre y post-entrenamiento.

Respecto al número de caídas, no hay datos recogidos durante la intervención.

TABLA VII
Estadísticos de contraste Wii

	Wii final
U de Mann-Whitney	45,500
W de Wilcoxon	100,500
Z	-,342
Sig. asintót. (bilateral)	,733
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	,739

DISCUSIÓN

Dado que no hay datos de referencia, no se puede establecer si la muestra es representativa de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en España. Al menos, describir esta muestra permite tener unos primeros datos de referencia.

Aunque en estos últimos años empezamos a disponer de diferentes programas de RV centrado en la recuperación de habilidades motoras perdidas en diferentes patologías y salud mental, hasta la fecha

TABLA VI
Datos de la Wii

	Grupo	N.º	Media	Desviación tít.	Error tít. de la media
Wii inicial	Grupo Control	10	55,90	17,052	5,392
	Grupo Intervención	10	66,10	9,024	2,854
Wii final	Grupo Control	10	54,80	17,383	5,497
	Grupo Intervención	10	56,00	10,822	3,422

existen escasos estudios que hayan demostrado la efectividad de estos programas en la rehabilitación del equilibrio (Lorens y otros, 2012).

Además, los resultados obtenidos por estos sistemas son difícilmente generalizables debido al pequeño tamaño de las muestras o a limitaciones del diseño experimental de los estudios. De la misma manera, los resultados expuestos en este estudio deben tenerse en cuenta considerando las características de la muestra. Aún así, hay mejoras experimentadas tras el tratamiento con Wii Balance Board® (WBB) de Nintendo® en las puntuaciones individuales.

El uso de Wii Balance Board® (WBB) de Nintendo® en la rehabilitación del equilibrio en personas con esquizofrenia, es un tratamiento ecológico, donde el paciente realiza movimientos semejantes a los que realiza día a día y pudiendo generalizarlo en sus actividades cotidianas.

Podemos planificar sesiones personalizadas para cada paciente según sus necesidades y la propia Wii de Nintendo® planifica sesiones según las características del paciente.

Para futuras líneas de investigación, sería recomendable ampliar el tamaño muestral.

Tenemos una herramienta de bajo coste y utilidad clínica, que cumple con los principios de aprendizaje motor y que abarca el espectro completo en la rehabilitación del equilibrio en diferentes patologías.

BIBLIOGRAFÍA

Baumeister J, Reinecke K, Cordes M, Lerch C, Weiss M. Brain activity in goal-directed movements in a real compared to a virtual environment using the Nintendo Wii. *NeurosciLett* Aug 30 2010;481(1):47-50.

Bernaldo de Quirós Aragón M. Manual de Psicomotricidad. Ed. Pirámide; 2006.

Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una Estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas; 2005.

Chiu AYY, Au-Yeung SSY, Lo SK. A comparison of four functional tests in discriminating fallers from non-fallers in older people. *Disability and Rehabilitation* 2003; 25:45-50.

Franco Domínguez S. Videojuegos accesibles. Game is not over. *Boletín* 57 CEAPAT, 2008.

García Rodríguez C. La terapia psicomotriz como técnica de rehabilitación aplicada al enfermo esquizofrénico. *Interpsiquis* 2004.

Gómez Jiménez I, Moya Albiol L. Abordaje terapéutico grupal. Enfoque en salud mental / Terapéutico en el Grupo de Salud Mental: Experiencia en el Hospital de Día. Pirámide; 2010.

Herráez Sainz B, Gorostiza Laorde M. Expresión Creativa en la Clínica de Salud Mental. *Informaciones Psiquiátricas* 2009.

IMSERSO. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Madrid; 2007.

IMSERSO. Población con enfermedad grave y prolongada. Observatorio de la Discapacidad, Ministerio de Trabajo y asuntos sociales. Madrid; 2003.

Kent JS, Hong SL, Bolbecker AR, Klau-nig MJ, Forsyth JK et al. Motor Deficits in Schizophrenia Quantified by Nonlinear Analysis of Postural. *Sway. PLoS ONE* 2012;7(8).

Kim YT, Sohn H, Kim S, Oh J, Peterson BS, Jeong J. Disturbances of motivational balance in chronic schizophrenia during decision-making tasks. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012;66(7):573-81.

Lazerges PE, Cermolacce M, Fakra E, Tassy S, Azorín JM, Huguet P, Scott Kel-

so JA, Oullier O. Interpersonal sensorimotor coordination dynamics in schizophrenic patients: introducing a new experimental paradigm. [Article in French] *Encephale* 2011;37(2).

Lloréns R, Colomer-Font C, Alcañiz M, Noé-Sebastián N. BioTrak: análisis de efectividad y satisfacción de un sistema de realidad virtual para la rehabilitación del equilibrio en pacientes con daño cerebral. *Neurología* 2012;28(5):268-275.

Mouawad MR, Doust CG, Max MD, McNulty PA. Wii-based movement therapy to promote improved upper extremity function post-stroke: a pilot study. *J Rehabil Med* 2011;43(6):527-33.

Orihuela T, Gómez P, Rueda O, Lorien-ce M, Conde R. Población con Enfermedad Mental Grave y Prolongada. Madrid; 2003.

Pedretti LW, Early MB. Occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby; 2001.

Pompeu JE, Mendes FA, Silva KG, Lobo AM, Oliveira T de P, Zomignani AP, Piemonte ME. Effect of Nintendo Wii™-based motor and cognitive training on activities of daily living in patients with Parkinson's disease: a randomised clinical trial. *Physiotherapy* 2012;98(3):196-204.

Tizón F. Expresión corporal y esquizofrenia. <http://www.monografias.com/trabajos10/esqui/esqui.shtml>. 2002.

Uriarte JJ, Beramendi V, Medrano J, Wing JK, Beevor AS, Curtis R. HoNOS (Health of the Nations Outcome Scales); 1998.

Vancampfort D, Probst M, Sweers K, Maurissen K, Knapen J, Willems JB, Heip T, De Hert M. Eurofit test battery in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: reliability and clinical correlates. *Eur Psychiatry* 2012;27(6):416-21.

Zschucke E, Gaudlitz K, Ströhle A. Exercise and physical activity in mental disorders: clinical and experimental evidence. *J Prev Med Public Health* 2013;46(1):S12-S21.

ANÁLISIS DE VARIABLES SOCIOCULTURALES EN LA ATENCIÓN EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARÍA JÁÑEZ ÁLVAREZ

Psicóloga clínica. Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación. Clínica San Miguel, Madrid.

SARA BEN-BOUCHTA DEL VIEJO

Psicóloga clínica. Centro de Rehabilitación Psicosocial de Mérida.

FRANCISCO DEL OLMO ROMERO-NIEVA

Psiquiatra. Director del Área de Salud Mental. Hermanas Hospitalarias, Madrid.

Recepción: 05-11-13 / Aceptación: 28-11-13

RESUMEN

La necesidad de competencias culturales específicas en los profesionales de salud mental ha aumentado en las últimas décadas, dada la creciente demanda por parte de la población inmigrante. El objetivo del presente estudio es profundizar en las variables socioculturales que influyen en el proceso de tratamiento y rehabilitación de pacientes inmigrantes y analizar las barreras socioculturales percibidas y las dificultades de manejo que se plantean en un equipo multidisciplinar ante estos casos, así como las estrategias de afrontamiento implementadas. Para ello, primero se hizo un estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la muestra de pacientes inmigrantes ingresados en la Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación de la Clínica San Miguel (Madrid) y se seleccionó un caso clínico de origen rumano y etnia gitana para estudiar los factores socioculturales más relevantes. Paralela-

mente, se administró un cuestionario estructurado para estudiar la percepción subjetiva del equipo multidisciplinar en cuanto a barreras socioculturales percibidas ante el caso clínico descrito y estrategias de afrontamiento puestas en marcha para abordar dichas dificultades de manejo, siendo respondido por todos los integrantes del equipo. Los resultados ponen de manifiesto la importancia de la dimensión sociocultural en el abordaje de este tipo de pacientes, así como la vivencia subjetiva del equipo multidisciplinar ante ellos, tratando de perfilar modos de actuación que faciliten su proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción.

Palabras clave

Emigración, inmigración y salud mental; trastorno mental grave; variables socioculturales; continuidad de cuidados; barreras socioculturales; equipo psicoterapéutico multidisciplinar; psiquiatría transcultural; competencia intercultural.

ABSTRACT

There is an ever-increasing need for mental health professionals to have specific cultural abilities due to the increased demand from immigrants. The aim of this study is to thoroughly research the sociocultural variables that influence the treatment and rehabilitation process of immigrant patients and to analyse the perceived sociocultural barriers which arise in their management by a multi-disciplinary team, as well as the strategies that have been put in place to tackle them. Firstly, a descriptive study of the socio-demographic characteristics of the sample immigrant patients from the Hospital Treatment and Rehabilitation Unit (San Miguel Clinic, Madrid). A clinical case of Rumanian origin and gypsy ethnicity was selected in order to study the most relevant sociocultural factors. At the same time, a structured questionnaire was carried out to study the subjective perception of the multidisciplinary team regarding sociocultural barriers relating to the clinical case described and the strategies for tackling said barriers that had been implemented to deal with such difficulties. The questionnaire was answered by all team members. The results clearly demonstrate the importance of the sociocultural dimension in the approach of this type of patient, as well as the subjective team experience and trying to profile action plans which will facilitate treatment, rehabilitation and reintegration.

Keywords

Emigration and immigration and mental health; severe mental health; socio-cultural factors; community mental health care; communication barriers; psychotherapeutic team; transcultural psychiatry; intercultural competence.

INTRODUCCIÓN: INMIGRACIÓN, SALUD MENTAL Y COMPETENCIA CULTURAL

La población de nacionalidad extranjera en España ha pasado de representar menos del 1% en 1990 a cifras de un 13,8% para el año 2009, previéndose superar la cifra del 20% para el año 2020, con una presencia mayor de inmigrantes de primera y segunda generación¹.

A pesar de esta tónica y de las estimaciones esperadas, dada la situación económica y los cambios legislativos, el saldo migratorio descendió en 2012 un 2,3%. Variación que se suma al contexto general nacional, donde se observó un descenso de población general, no solo de extranjeros, y un aumento de los flujos migratorios fuera de España².

Aunque la irregularidad de este último año es reseñable, la inmigración en España sigue siendo una realidad especialmente intensa si atendemos a las últimas décadas. Siendo un hecho bastante reciente, si lo comparamos con otros países europeos. Aún a pesar de su reciente merma, este crecimiento exponencial de la inmigración en las últimas décadas, es uno de los factores que más impacto suponen a nivel social, económico, cultural y sanitario, planteando nuevos retos en los servicios públicos³.

La inmigración de por sí implica un estrés (*aculturativo*), ya que las personas que migran viven la confrontación con una nueva cultura, que implica cambios internos para comprender y actuar adecuadamente al contexto, a la vez que frustración ante la incapacidad de responder competentemente como lo hacía en su contexto conocido y resolver los estresores psicosociales cotidianos. Esta tensión se puede manifestar en forma de problemas de salud psicológicos, somáticos y de relación social⁵, pp. 309-311. Algunos autores consideran que este es un proceso

de duelo en el que han de asumir las pérdidas e incorporar lo particular del nuevo modo de vida (normas, valores, costumbres, tradiciones y hábitos de diversa índole), enfrentando la nostalgia, el choque de lo nuevo y la posible discriminación percibida. En este proceso se pueden dar distintas pautas de comportamiento:

- La *integración* (adquiriendo la nueva cultura sin perder la propia).
- La *asimilación* (renuncia a la propia cultura y adaptación a la nueva).
- La *coexistencia* (mantiene sus propias costumbres, con una red social de personas de su propio país, interactúan lo justo con el nuevo contexto, a veces incluso sin aprender el nuevo idioma).
- La *marginación* (cuando no se integra y a la vez no mantiene sus raíces, acabando en situaciones de desarraigo con alto nivel de estrés).
- Y el *rechazo* (a veces consecuencia natural del desarraigo, con una crítica activa a todo lo nuevo y su entorno social)⁴; siendo la integración la pauta más óptima.

Son muchos los estudios que relacionan el proceso migratorio y el posible desarrollo de psicopatología, pero, aunque la migración puede facilitar la aparición de síntomas, no siempre se relaciona con la aparición de trastornos psiquiátricos⁵. Aunque son necesarios más estudios epidemiológicos rigurosos, la migración no puede considerarse, en sí misma, una causa de enfermedad mental, pero es claramente un factor de riesgo cuando existe vulnerabilidad, el nivel de estrés es muy elevado o si se presentan ambas condiciones⁶.

En general, cuando se investiga sobre las causas que aumentan el riesgo de estrés, son las condiciones socioeconómicas de la inmigración las variables que

más alto correlacionan, pudiendo favorecer o perjudicar la pauta de integración y la posibilidad de aparición de psicopatología como respuesta. De ahí la importancia de la intervención de los Servicios Sociales.

Las inmigraciones de este siglo en España, además de por el incremento, se caracterizan por las rupturas familiares, la exclusión social estructural y la criminalización del inmigrante, lo que lleva a situaciones especialmente difíciles y a un empeoramiento de los estresores que afectan a esta población, donde el mayor riesgo sanitario aparece cuando está presente la pobreza y la marginación, siendo los estresores más importantes: la separación forzada de los seres queridos, el sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades, la lucha por la supervivencia y el miedo o la indefensión por carecer de derechos⁴, p. 11. A pesar de estos datos, algunos estudios realizados en Madrid⁷ no han demostrado el incremento esperado en la asistencia de este colectivo a los Servicios de Salud Mental generales, detectando una pauta particular en la que se aprecia una demora en la petición de ayuda, especialmente en pacientes de origen asiático, y un uso de recursos sanitarios principalmente de urgencias, lo que favorece la saturación del sistema. En otro trabajo con población inmigrante en la Comunidad de Madrid⁸, han demostrado que la continuidad de los cuidados de salud mental es menor que la población nativa, siendo el porcentaje de adhesión más alto entre las patologías más graves⁷ concluye tras su estudio, que las diferencias culturales y las condiciones de vida y de trabajo de muchas de las personas inmigrantes dificultan el acceso y la utilización por parte de este colectivo de los dispositivos de Salud Mental, no siendo posible explicar esta situación apelando a factores aislados (como el domi-

nio del idioma, lugar de origen, edad, diagnóstico, etc.), por lo que es preciso un abordaje complejo y multicausal del fenómeno, insistiendo en la fase de acogida y los primeros contactos del paciente con los dispositivos para fomentar una mayor adhesión al tratamiento⁴, p. 18.

El sentido de las intervenciones sanitarias preventivas, como las descritas por instituciones como la Comunidad de Madrid o la Asociación Española de Neuropsiquiatría, parten de la idea de que la dinámica de la relación entre la persona inmigrada y el sistema de salud depende de varias variables¹³, cap. 11, p. 5:

1. La diferente concepción o imaginario de salud y enfermedad.
2. El tipo de relación de la persona inmigrada con el sistema de salud de su país de origen.
3. Las pautas y/o conductas promovidas o evitadas (incluso prohibidas) para eludir las enfermedades.

La aparición y sostenimiento de los síntomas dependerá de que hayan sido detectados a tiempo y de que el sistema esté adaptado a la nueva realidad, habiendo ofrecido a sus profesionales un desarrollo suficiente de la competencia intercultural que ayude a superar las barreras socioculturales que contribuyen a las desigualdades⁴, p. 18, ya sean:

1. *Institucionales*. Inadecuada representación de las minorías en puestos de liderazgo y entre el personal sanitario.
2. *Estructurales*. Falta de servicios de interpretación y materiales de educación sanitaria en distintos idiomas, burocratización y largas listas de espera, acceso a atención especializada y continuidad de cuidados.
3. *Clínicas*. Cuando las diferencias socioculturales entre profesional y pa-

ciente no son globalmente aceptadas, apreciadas, exploradas o comprendidas. Esta competencia intercultural se conseguiría con iniciativas formativas.

Entendemos por *competencia cultural* al conjunto de habilidades académicas e interpersonales que permiten a los individuos aumentar su comprensión y apreciación de las diferencias sociales y culturales en y entre grupos. El *cuidado culturalmente competente* se ha definido como un sistema que reconoce la importancia y la incorporación de la cultura, la evaluación de las relaciones transculturales, la vigilancia de las dinámicas que resultan de las diferencias culturales, la expansión del conocimiento cultural y la adaptación de las intervenciones para reconocer las necesidades culturales⁴, p. 17.

Desde la década de los setenta, se viene avanzando en el estudio de las necesidades del inmigrante⁹. Hoy es conocida la importancia de la cultura en el contacto sanitario y cómo está relacionada con diferentes aspectos de la enfermedad. La cultura, entendida como estilo o forma de vida, puede estar involucrada en la etiología de determinadas enfermedades, así como en la percepción e identificación del malestar, en el curso, el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades y los trastornos mentales. En la medida en que todos somos seres culturales, factores como la dieta, los estilos de vida, las ideas de persona, lo que resulta «importante» en términos vitales, las ideas sobre la causa, pronóstico y curación de la enfermedad, las expectativas con respecto al tratamiento o las terapias que consideramos más adecuadas son fenómenos que inciden en los patrones epidemiológicos y en las posibilidades/dificultades de establecer una alianza terapéutica. Por otro lado, desde la perspectiva de la psiquiatría transcultural, se sostiene que la socialización nos enseña «cómo ponernos enfer-

mos y cómo ser normales»⁹, p. 120, por lo que las manifestaciones de la enfermedad mental tienen clara influencia del devenir cultural. De ahí, la importancia de la formación e investigación de nuestros sanitarios en esta materia, incluyendo la Formulación Cultural como un ingrediente para un diagnóstico acertado (según la A.P.A.).

La competencia intercultural requiere de cierto conocimiento de la cultura, pero sobre todo de una actitud de escucha hacia el paciente y de contextualización de sus enfermedades y aflicciones en un mundo social. Ser competente interculturalmente, aquí, significa despojarse de los prejuicios y anticipaciones propias, para interpretar y entender la visión de la persona que tenemos enfrente, en ese «encuentro» que es la relación terapéutica⁴, pp. 15-16. Esta competencia a la que aludimos, implica tres tareas¹³, cap. 13, p. 7:

- Primero, el descentramiento para tomar conciencia de los marcos de referencia humanos, culturales y sociales de su interlocutor.
- Segundo, la aproximación al marco referencial del otro con una actitud empática.
- Y por último, la negociación y/o mediación para dibujar un proyecto en común.

En vista del nuevo escenario clínico y sus nuevas demandas, las instituciones sanitarias (españolas) han implementado diversas medidas para la mejora de la Salud Mental de la población inmigrante, dirigidas a las áreas de formación, perfeccionamiento, atención clínica, organización de servicios e investigación. Estas son algunas de las acciones realizadas en la Comunidad de Madrid en 2008¹⁰:

1. Acreditación de estándares de competencia cultural de los profesionales de Salud Mental y en la formación de residentes/estudiantes.

2. Disposición de intérpretes y mediadores culturales para la intervención y formación.
3. Disposición de Servicios de traducción telefónica.
4. Estudio para la identificación de las dificultades de acceso a los servicios por parte de la población inmigrante.
5. Apoyo y supervisión de Atención Primaria en Trastorno Mentales en inmigrantes que no necesitan una intervención especializada.
6. Impulso de trabajos de investigación en el área de Salud Mental Transcultural.

JUSTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

La Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación, situada en la Clínica San Miguel, es un centro de las Hermanas Hospitalarias, concertado con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Es un dispositivo hospitalario especializado en la atención psiquiátrica integral de pacientes con trastorno mental grave, cuya complejidad imposibilita su tratamiento y rehabilitación desde un régimen ambulatorio o de hospitalización breve.

En esta Unidad sentimos las consecuencias de estos movimientos sociopolíticos, siendo la población inmigrante casi el 3% del total de pacientes ingresados¹¹.

El número de inmigrantes atendidos en nuestra unidad es un patrón estable a lo largo de los últimos seis años, más elevado que en unidades vecinas. La diversidad cultural supone un desafío en nuestra atención sanitaria y nos enseña la importancia de la cultura y de la identidad étnica en las relaciones terapéuticas. Basados en nuestra realidad y en la dificultad para favorecer su vinculación a la continuidad

de cuidados, sentimos la necesidad de ampliar nuestras habilidades, actitudes y competencias profesionales de forma que podamos dar respuesta a las necesidades específicas de este tipo de población y minimizar las dificultades en su proceso de adaptación.

El objetivo de este estudio es reflexionar acerca del impacto de las diferencias socioculturales en el abordaje terapéutico de pacientes inmigrantes. Para ello, hemos seguido un proceso de investigación constituido por tres fases:

1. *Análisis sociodemográfico y descriptivo* de la muestra de pacientes inmigrantes ingresada en la Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación de la Clínica San Miguel durante los últimos seis años.
2. *Formulación de un caso clínico* perteneciente a la muestra e ingresado en la Unidad (caso R), y *análisis de las variables socioculturales* que han influido en su proceso de tratamiento y rehabilitación.
3. Paralelamente, se ha hecho un *estudio de la percepción subjetiva del equipo multidisciplinar* en cuanto a *barreras socioculturales percibidas* ante el caso clínico descrito y *estrategias de afrontamiento* puestas en marcha para manejar dichas dificultades de manejo.

El caso clínico seleccionado (caso R) es un caso paradigmático por representar la demanda creciente por parte de la población inmigrante de los recursos de salud mental, que permite el análisis pormenorizado de las peculiaridades socioculturales y su impacto en la intervención terapéutica, rehabilitadora e integradora dentro de la comunidad, así como las dificultades percibidas por parte del equipo y las habilidades y estrategias puestas en marcha para hacerles frente.

METODOLOGÍA

Durante las tres fases del proceso de investigación se utilizaron distintos métodos de investigación acordes con el objetivo planteado en cada fase.

1. Se estudió el registro de la totalidad de pacientes atendidos en la UHTR de la Clínica San Miguel desde su apertura en febrero de 2007. Los pacientes atendidos presentan trastorno mental grave y son derivados de las áreas sanitarias 2, 3, 4 y 5 de la Comunidad de Madrid. Del total de la muestra (N = 282), se seleccionaron aquellos casos nacidos fuera de España y se excluyeron aquellos que no reunían los criterios de la definición de inmigrante (como aquellos no nacidos en España, de padres españoles que circunstancialmente están fuera de su país pero vuelven antes de los tres años o aquellos incluidos por error administrativo). Para el análisis de la muestra se utilizó metodología cuantitativa-descriptiva a través del paquete estadístico SPSS 21.0.
2. De la submuestra de pacientes inmigrantes, se seleccionó un caso de origen rumano y etnia gitana que estaba ingresado en ese momento en la Unidad y permitía la observación y análisis minucioso de sus particularidades socioculturales. El análisis de caso único (N = 1) se realizó mediante el método de observación participante, por parte de los distintos miembros del equipo multidisciplinar, durante todo el proceso de tratamiento y rehabilitación de la paciente. Posteriormente, los datos recogidos fueron puestos en común y, en consenso, seleccionadas aquellas variables socioculturales percibidas como de mayor influencia en su proceso terapéutico.
3. Paralelamente, se seleccionó como muestra el propio equipo multidisciplinar.

FIGURA 1

Cuestionario adhoc administrado a los distintos miembros del equipo

1. ¿Cuánto consideras que estos factores han **dificultado o interferido** en tu interacción/ forma de relacionarte con R?

Puntuía del 0-4: 0 = nada; 1 = algo; 2 = bastante; 3 = mucho; 4 = extremadamente

- Idioma.
- Desconocimiento de su cultura.
- Comportamientos inadecuados al contexto (hurtos, conducta de pedir dinero, agresividad...).
- Estereotipos o experiencias previas negativas con rumanos.
- Emociones negativas que me ha generado en algún momento (impotencia, frustración, desconfianza, inseguridad, enfado, rechazo...).
- Rechazo inicial por parte de sus compañeros ante sus conductas inadecuadas y demanda a enfermería para que actuaran sobre esto.

2. ¿Cuáles consideras que han sido las **claves** para mejorar la relación/manejo de esta paciente desde enfermería?

Puntuía del 0-2: 0 = nada importante; 1 = bastante importante; 2 = muy importante

- Plan de consecuencias para regular comportamientos inadecuados.
- Tener conocimientos del idioma o su cultura de origen.
- Trabajo en equipo y comunicación interprofesional.
- Prestar atención a la comunicación no verbal y contenido afectivo del lenguaje (tono, gestos, expresión facial...).
- Conocer más su historia personal y contexto familiar.
- Favorecer su autocuidado (alimentación, salud, manejo del dinero...).

3. ¿Qué **emociones** te ha suscitado esta paciente durante su ingreso?

Señala con una X las emociones que te ha generado durante su ingreso

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Impotencia. | <input type="checkbox"/> Simpatía. |
| <input type="checkbox"/> Inseguridad o desconfianza. | <input type="checkbox"/> Rechazo. |
| <input type="checkbox"/> Miedo. | <input type="checkbox"/> Desconcierto o sorpresa. |
| <input type="checkbox"/> Compasión o pena. | <input type="checkbox"/> Deseo de «civilizarla». |
| <input type="checkbox"/> Ternura. | <input type="checkbox"/> Enfado. |

4. ¿Se te ocurre alguna estrategia que hubiera facilitado la relación/comunicación con R y que no se haya llevado a cabo?

ciplinar (N = 16) dividido en tres grupos focales: el grupo de mañana (n = 8) conformado por seis mujeres (psicólogo, terapeuta ocupacional, trabajadora social, tres auxiliares de enfermería) y dos varones (psiquiatra y enfermero), el grupo de tarde (n = 4) constituido por dos mujeres (auxiliares de enfermería) y dos varones (auxiliar y enfermero) y el grupo de noche (n = 4) formado por cuatro mujeres (dos enfermeras y dos auxiliares de enfermería). Para la recogida de la valoración del equipo multidisciplinar, se elaboró un cuestionario adhoc estructurado en categorías según los siguientes criterios (fig. 1):

- a) Factores interfirientes.
- b) Estrategias facilitadoras.
- c) Contratransferencia en cuanto a las emociones suscitadas en el equipo.
- d) Estrategias no usadas cuya percepción podría haber sido de utilidad.

Dicho cuestionario fue respondido por cada uno de los miembros del equipo de forma anónima y posteriormente se analizaron los resultados mediante metodología descriptiva mediante el paquete estadístico SPSS 21.0.

RESULTADOS

Análisis descriptivo sociodemográfico de pacientes inmigrantes

Desde la apertura de la unidad en 2007, se han registrado 10 usuarios con patología mental grave de origen inmigrante de una población total de 282 sujetos ingresados (n = 2,82 % del total ingresado son inmigrantes).

Mayoritariamente son varones (73 %), dato que coincide con lo observado en otros dispositivos de Madrid⁶. El diagnóstico por el que ingresan, coincide con el más habitual en estas Unidades: Esquizofrenia o Trastorno Esquizoafectivo (F. 20-29). Esta muestra tiene una media de edad de 31 años, ligeramente inferior a la media de edad de la muestra total de pacientes ingresados en esta unidad (media = 35). Todos ellos son solteros. Ninguno posee estudios universitarios, aunque la mayoría han superado los estudios básicos (73 %). Ninguno de ellos tenía una actividad laboral remunerada en el momento del ingreso.

De la muestra total de inmigrantes, el 60 % procedían de América, el 20 % de África, el 20% de Europa del Este y el 10 % de Asia. Tanto en el área 2, 4, como 5, predomina el origen sudamericano, dato que coincide con las estadísticas que consideran esta procedencia como la más predominante en Madrid¹² (gráficos I y II).

GRÁFICO I

Mapa de la distribución de las áreas sanitarias de Madrid

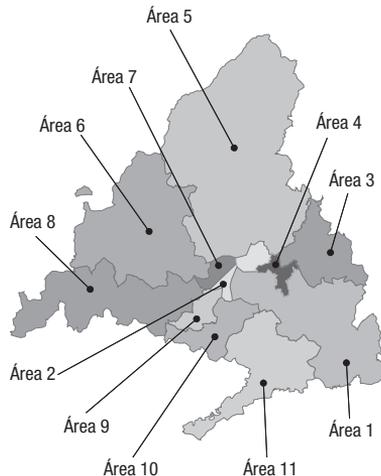
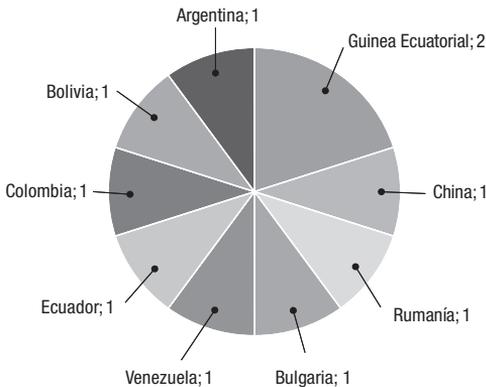


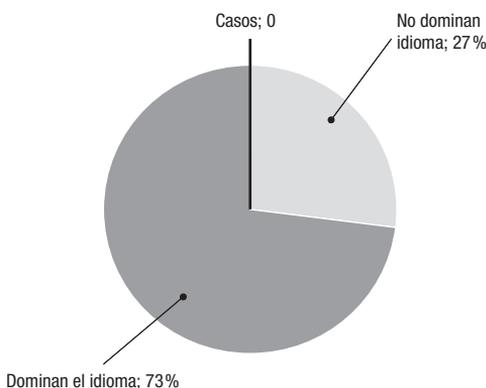
GRÁFICO II
Diagrama de sector de la
representación de nacionalidades
en la Unidad en los últimos seis años



El dominio del castellano en general era bueno, con excepción de tres casos: uno de origen rumano, otro chino y un búlgaro (gráfico III); todos ellos con área de referencia 3 (Alcalá-Torrejón).

En cuanto al área de derivación, aunque las estadísticas hacían esperar que

GRÁFICO III
Proporción de dominio
del castellano



fuera el área 2 la de mayor representación de inmigrantes, los datos muestran que ha sido el área 3 la de mayor número. Lo cierto es que en la distribución teórica de inmigrantes en Madrid, aparece Alcalá como el segundo municipio con mayor número de inmigrantes. Nuestros datos revelan elevada dispersión en este área en cuanto al continente de origen, menor dominio del castellano; menor nivel formativo y mayor precariedad social. Esto, sumado a la lejanía de los lugares de residencia con respecto al centro, implica una mayor dificultad en accesibilidad, integración y cuantía de la carga para los cuidadores.

Análisis del caso clínico

Presentación del caso

Mujer de 27 años, natural de una zona rural al norte de Rumanía. Procedente de una familia de etnia gitana. Padres divorciados, ha sido víctima de malos tratos por parte de su padre. Es la cuarta de cinco hermanos. Hasta 2011 ha vivido con su madre en Rumanía, trasladándose el resto de sus hermanos a España con anterioridad. Infancia sin dificultades de desarrollo conocidas, presentando cambios importantes en la adolescencia tras la separación de sus padres (fugas, conductas de riesgo). Su madre respondía a estos desajustes sobreprotegiéndola, limitando su nivel de autonomía y desarrollo de competencias. A los 16 años se inicia un cuadro caracterizado por conductas y verbalizaciones extrañas y posible clínica alucinatoria (se tiraba al suelo, se golpeaba, no dormía, se inventaba cosas, hablaba sola...), precisando su primer ingreso en Rumanía y siendo diagnosticada de esquizofrenia. Al inicio tuvo un escaso seguimiento psiquiátrico y dudoso cumplimiento del tratamiento farmacológico. A partir de entonces, el cuadro no

parece haber remitido, por lo que dado el desbordamiento, su madre decide trasladarse a España junto con su hija en abril de 2011. Al llegar a España, comienzan a vivir en casa de su hermana y la familia de esta (marido y dos hijos), y, estos últimos años, a pesar del aumento de supervisión, ha continuado con clínica alucinatoria auditiva e importante desorganización conductual, precisando otros cinco ingresos en UHB antes de ser derivada a nuestra Unidad. Como objetivos del ingreso en UHTR se plantean: lograr estabilidad psicopatológica, mayor nivel de autonomía en autocuidados básicos y actividades de la vida diaria, adecuación de conductas a contexto social, inserción socio-comunitaria y asesoramiento y psicoeducación familiar.

Variables socioculturales

Durante el ingreso se evidenciaron diversos aspectos socioculturales que influyeron en el proceso de adaptación de la paciente:

■ **Barrera idiomática.** Al inicio del ingreso su nivel de castellano era de nivel muy básico, lo que entorpecía las labores de comunicación y comprensión entre paciente-equipo. En una primera etapa, se hizo necesaria la presencia de mediadores y mecanismos alternativos para facilitar dichos procesos:

- *Mediadores naturales.* La madre y sus hermanos, sobre todo estos últimos cuyo dominio del castellano era mayor. En este sentido, se mantuvieron varias entrevistas familiares que trataron de salvar no solo las diferencias lingüísticas sino también las culturales, de modo que pudieran transmitir al equipo el mapa sociocultural en el que estaban insertos como sistema familiar.

- *Mediadores inesperados.* A lo largo del ingreso surgieron mediadores inesperados en el equipo (enfermería) que dominaban la lengua rumana, lo que permitió obtener más información de estados mentales y aspectos internos de la paciente cuando los mediadores naturales estaban ausentes.
- *Observación del lenguaje no verbal.* Debido a la barrera idiomática inicial, se ha acentuado por parte del equipo la observación de la parte afectiva y aspectos no verbales de la comunicación con esta paciente (tono de voz, postura corporal, expresión facial), facilitando la comprensión de los significados más allá del lenguaje y utilizando los estados emocionales presentes para contextualizar sus mensajes.
- *Espacios terapéuticos paralelos y complementarios.* La posibilidad de ofrecer espacios terapéuticos más allá de las terapias verbales (actividades ocupacionales, interactivas, psicodrama...) permiten complementar el tratamiento, salvar las barreras idiomáticas y ofrecer un abordaje integral a este tipo de pacientes.

Debido al énfasis de la unidad en el tratamiento grupal y en los espacios interactivos, su dominio del castellano ha experimentado un desarrollo progresivo y sorprendente a lo largo del ingreso, constituyendo un elemento más de integración de cara al alta.

■ **Comportamientos inadecuados.** Durante el ingreso ha mantenido conductas problemáticas, tendiendo a meterse en habitaciones ajenas y robar objetos y materiales que no le pertenecían, así como los hábitos de pedir dinero/alimentos indiscriminadamente o coger basura e introducirla en los bolsillos, comprensibles, dado que son compartidas también por su madre (mendicidad como forma de

vida en la actualidad). Progresivamente, a través de una estructura externa clara y estable y diversos programas de contingencias, ha ido sabiendo diferenciar los espacios de interacción y psicoterapia de aquellos de recogida de dinero y comida. A pesar de que en algunas actividades necesita supervisión para evitar el uso inadecuado de objetos y hurtos, se aprecia una mejoría en la aceptación de las normas en planta y la convivencia con el resto de compañeros.

■ **Concepciones culturales en cuanto a la salud/enfermedad.** La enfermedad mental en la sociedad rumana está tremendamente estigmatizada, esto posiblemente explica por qué las personas con problemas mentales solicitan ayuda a un profesional solamente ante crisis agudas, y la demanda se hace directamente al hospital, como ha sido el caso de la paciente en Rumanía. La posibilidad de tratamiento está limitada en sectores humildes con pocos recursos socioeconómicos. Además, los tratamientos farmacológicos suelen concebirse para eliminar síntomas, y una vez experimentada la mejoría, tienden a abandonarse, creencia que interfiere en el tratamiento y seguimiento a largo plazo de enfermedades crónicas como la esquizofrenia.

En este sentido, y debido a los fuertes prejuicios dominantes en el campo de la salud mental, se consideró como objetivo prioritario favorecer la psicoeducación en la familia (comprensión de enfermedad, factores de riesgo, necesidad de seguimiento psiquiátrico y adherencia al tratamiento farmacológico...) de cara a sostener la estabilización de la paciente. Por otro lado, en la cultura rural rumana predomina la ausencia de prevención en la salud en cuanto a higiene, alimentación y actividad, objetivos de intervención asumidos y potenciados desde enfermería y terapia ocupacional.

■ **Del aislamiento a la integración.** La paciente carece de red social más allá de la familia. El énfasis de la unidad en una modalidad de tratamiento centrado en lo grupal así como en espacios y actividades de ocio en grupo ha favorecido su interacción con el resto de compañeros, pasando del aislamiento y el distanciamiento social a estar integrada y hasta ser cuidada y comprendida por sus compañeros en planta. Herramientas tan fundamentales para la integración como las habilidades sociales, la capacidad de empatía, el respeto del espacio del otro y la expresión emocional fueron incorporadas en el repertorio de capacidades y conductas de la paciente, ámbitos en los que mostraba un claro déficit producto de la desorganización y empobrecimiento asociado a la enfermedad. Por otro lado, la observación del funcionamiento de otros compañeros y asimilación de ciertas reglas culturales implícitas (como la distancia interpersonal, el tono de voz no excesivamente elevado, el respeto de los tiempos y turnos...) devino en un progresivo acercamiento de los compañeros y personal, lo que le brindó la posibilidad de establecer vínculos más allá del núcleo familiar.

■ **Situación socioeconómica precaria.** La falta de recursos económicos, el menor nivel educativo, la precariedad laboral y el aislamiento social dificultan el proceso de adaptación al medio y agravan el estrés asociado a la migración y al choque cultural. Además, el posible hacinamiento familiar dificulta la diferenciación de roles y aumenta la conflictividad familiar.

■ **Permeabilidad frente a inflexibilidad.** A lo largo del proceso, detectamos una escisión familiar que derivó en la aparición de subculturas dentro de la familia. Mientras que los hermanos (que

llevaban más tiempo en España) mostraron esquemas culturales permeables a la incorporación de nuevos elementos culturales propios del país de destino, la madre seguía conservando inflexiblemente el esquema sociocultural del país de origen sin cambios, adaptándose a este desde la mendicidad e incluso llevando frecuentemente a la paciente a pedir limosna con ella. A pesar de ser necesaria una actitud de descentración en el equipo que permita reconocer que vemos la realidad desde nuestra propia y limitada perspectiva cultural, pudimos comprobar que esquemas culturales flexibles favorecen la adaptación e integración en mayor medida que esquemas rígidos e impermeables. En este sentido, la paciente, al tener como principal apoyo y compañía a su madre, no tuvo la oportunidad de desarrollar un verdadero proceso de integración, lo que agravó el aislamiento, la sensación de extrañeza en un país desconocido y posiblemente el nivel de estrés asociado. En la unidad tuvo la oportunidad de observar, contactar y asimilar algunos elementos culturales útiles para su posterior inserción en comunidad.

■ **Coordinación con el resto de recursos.** La dificultad ahora es transferir estos logros a su comunidad y entorno familiar, reuniendo los suficientes apoyos para lograrlo. Para ello, es necesaria la coordinación con otros recursos sanitarios que permitan un seguimiento, sostén y la posibilidad de acompañarla en momentos de crisis. La psicoeducación e intervención familiar cobran una especial importancia de cara al mantenimiento de los logros y prevención de recaídas. Así mismo, es prioritario buscar entornos y recursos sociales donde pueda establecer vínculos más allá del entorno familiar. De esta forma, y a través de una triple dimensión sanitaria-social-familiar, se favorece la integración y reinserción en comunidad.

Estudio del equipo multidisciplinar: barreras socioculturales percibidas y estrategias de afrontamiento

La conceptualización de las barreras socioculturales tiene que ver con aquellas dificultades percibidas por el equipo en el abordaje y manejo de la paciente en su proceso de tratamiento y rehabilitación, relacionadas exclusivamente con sus peculiaridades socioculturales. Se prestó especial atención a las emociones suscitadas en el equipo (contratransferencia) y cómo estas influyen en la interacción con la paciente. Finalmente, se analizó como tercera variable aquel repertorio de estrategias de afrontamiento puestas en marcha por parte del equipo multidisciplinar que fueron percibidas como útiles de cara a manejar y salvar dichas dificultades, así como aquellas que no se implementaron pero que tras un análisis retrospectivo se consideró que podrían haber sido útiles para favorecer la relación y la eficacia del tratamiento de la paciente.

De los datos obtenidos a través del cuestionario, podemos concluir lo siguiente:

- *Barreras socioculturales.* El idioma es la barrera que más peso ha obtenido (su peso relativo supuso un 75 % de la puntuación máxima, entendiéndose esta como la puntuación de máxima influencia), seguida del desconocimiento de la cultura del país de origen de la paciente (60,4 %). Los comportamientos socialmente inadecuados al contexto, como hurtos, pedir limosna, invadir los cuartos ajenos o comer con las manos, se percibieron también como factores que dificultaron significativamente el manejo y la interacción equipo-paciente (52 %). Es de destacar que el rechazo inicial por parte del resto de compañeros ingresados, al alterar la dinámica grupal, obtuvo un peso nada desdeñable (45,8 %), así

como la contratransferencia o emociones subjetivamente «negativas» generadas en el equipo en algún momento (43,7%).

En este sentido, la emoción no positiva más presente fue «el deseo de civilizarla» (el 66,6% de los miembros del equipo la experimentaron), seguida de la compasión o pena (58,3%) y la impotencia (la mitad del equipo experimentó esta emoción en algún momento del proceso de tratamiento de la paciente).

En cuanto a las emociones positivas, la ternura y la simpatía fueron las

emociones más experimentadas hacia ella (91,6% y 83,3%, respectivamente). Es reseñable que «el deseo de civilizarla» o adaptarla a la cultura del grupo mayoritario, así como el resto de emociones percibidas como negativas presentes, nos habla de la necesidad de *descentración* en los equipos profesionales, en el sentido de contactar con propias emociones y actitudes implícitas e identificar cómo están influyendo en la interacción, así como reconocer que vemos las cosas desde nuestra propia y limitada perspectiva cultural (gráficos IV y V).

GRÁFICO IV

Gráfico de barreras socioculturales y peso absoluto de cada una de ellas

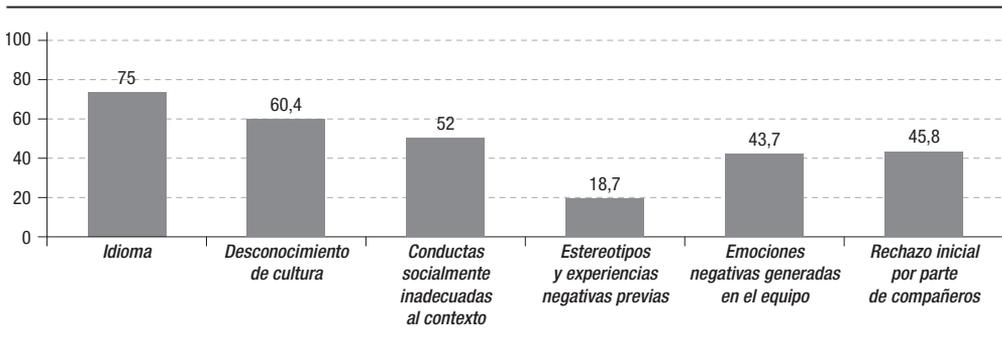


GRÁFICO V

Gráfico de emociones generadas en el equipo y porcentaje de sujetos que experimentaron cada una de ellas

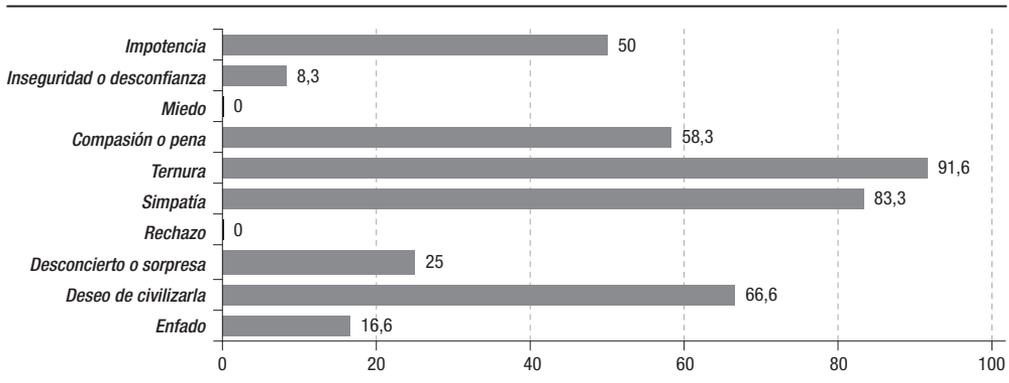
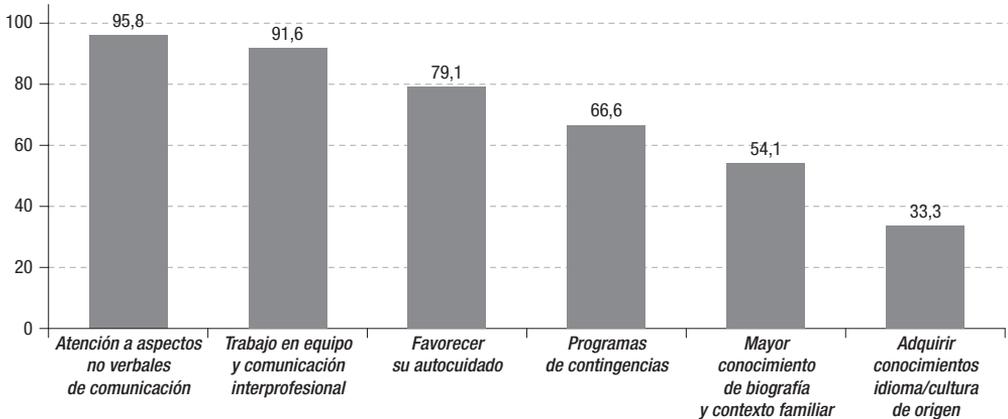


GRÁFICO VI

Gráfico de estrategias de afrontamiento y peso absoluto de cada una de ellas



– *Estrategias de afrontamiento.* Ante las diferencias socioculturales, las estrategias percibidas como más útiles por parte del equipo fueron, en este orden, la atención a aspectos no verbales y contenido afectivo de la comunicación para salvar la barrera idiomática (95,8 % del peso total), el trabajo multidisciplinar y la comunicación interprofesional (91,6 %), favorecer su autocuidado en cuanto a alimentación, salud, manejo del dinero (79,1 %), programas de contingencias para regular comportamientos inadecuados (66,6 %), mayor conocimiento de su historia biográfica y familiar (54,1 %) y, por último y con el menor peso, la adquisición de conocimientos de idioma/cultura de origen (33,3 %), funciones más específicas de la figura del mediador cultural. En cuanto a estrategias no intentadas, se valoraron como hipotéticamente útiles las siguientes: uso de pictogramas, recursos para lograr una mayor implicación de la familia (se logró solo parcialmente a pesar de numerosos intentos del equipo), potenciación de espacios no verbales (actividades ocupacionales,

psicodrama) y uso de la figura del mediador cultural y/o traductor (gráfico VI).

DISCUSIÓN

Las dificultades de abordaje de pacientes de otras culturas en el campo de la salud mental van más allá de las barreras lingüísticas. El análisis de este caso, cuyas últimas descompensaciones se han dado en el contexto de un proceso migratorio en condiciones precarias, pone de manifiesto cómo las peculiaridades socioculturales tienen un papel principal en el curso del tratamiento y pronóstico del caso, y es necesario abordarlas con eficacia de cara a la rehabilitación y reinserción de este tipo de pacientes en comunidad. La integración de variables socioculturales como dimensión fundamental a la hora de conceptualizar este tipo de casos y diseñar programas de tratamiento adaptados a sus necesidades específicas es un reto y un objetivo cada vez más necesario en el ámbito sanitario. Por último, explorar la vivencia subjetiva de los profesionales sanitarios

en el abordaje y manejo de pacientes de origen inmigrante, permite detectar las dificultades encontradas y profundizar en las competencias, habilidades y actitudes necesarias en los equipos multidisciplinares de salud mental para dar una mejor respuesta a las necesidades específicas de los pacientes de otras culturas.

Agradecimientos

A Eduardo Pinzón por ofrecerse para recoger los datos para calcular la incidencia de emigrantes en toda la Clínica. A María Dolores Palanco y Raquel González por su esfuerzo en hacer comunicable de modo visual estas ideas y por sus ganas contagiosas. A Marta Casado, Antonio Blázquez y Mar Quílez por hacer las correcciones oportunas para que el texto ganara rigor. A todo el equipo de enfermería de mañana y de tarde por brindarse tan animosamente a reflexionar juntos sobre cómo estamos haciendo las cosas y buscar maneras para mejorarlo.

*Sinceramente,
gracias*

BIBLIOGRAFÍA

1. Sendra-Gutiérrez JM et al. Asistencia psiquiátrica ambulatoria en la población inmigrante de Segovia. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2012;05:173-82.
2. INE 2013.
3. Muñoz Martínez R. El acceso a los medios sanitarios en la diversidad cultural. *Mediación intercultural en el ámbito sanitario y terapias interculturales en salud mental, estudios de caso en Bélgica y España*. UAM; 2012.
4. Sanidad. Instrumento para la valoración de la Competencia Intercultural en la Atención en salud mental. Ministerio de Sanidad. Política Social e Igualdad; 2011.
5. Collazos F, Adil M, Tomás-Sábado J. Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo* 2008;29(3):307-315.
6. Cortés B, Andrés P, Ballesteros A, Becker J. El proceso de integración social del inmigrante. A propósito de un caso. *Revista de la AEN* 2013;33(117):115-121.
7. Sanz LJ, Elustondo I, Valverde M, Montilla JF, Miralles M. Salud mental e inmigración: adhesión al tratamiento ambulatorio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2007;XXVII(100):281-291.
8. Gotor L, González-Juárez C. Psychiatric hospitalization and continuity of care in immigrants treated in Madrid (Spain). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:560-568.
9. Morera Montes J. Manual de atención al inmigrante. Novartis Ed.; 2009.
10. Plan Estratégico de Salud Mental. Consejería de Sanidad 2010-2014; 196.
11. Ben-Bouchta S, Jáñez M, Palanco MD, González R, del Olmo F. Variables socioculturales en el tratamiento y rehabilitación de un caso clínico. I Encuentro Internacional sobre Mediación Intercultural en la Atención en Salud. 19-20 Sept. 2013; Huelva, España.
12. Ochoa E, Vicente N, Díaz H. Asistencia psiquiátrica a inmigrantes: Demanda en un centro de salud mental y hospitalización. *Psiquiatría.com* 2004; 8(3).
13. Casas M, Collazos F, Qureshi A. Mediación intercultural en el ámbito de la Salud. Programa de Formación. Barcelona, Fundación «La Caixa»; 2009.

Nota FIDMAG

FIDMAG
Hermanas Hospitalarias
Research Foundation

Con la intención de dar una mayor difusión a la actividad investigadora de la *Fundación para la investigación y la docencia María Angustias Giménez (FIDMAG)* de Hermanas Hospitalarias (Barcelona), *Informaciones Psiquiátricas* incluye un resumen traducido al español de una de las publicaciones recientes.

Asimismo, para facilitar el acceso al resto de las publicaciones de la fundación, se relacionan las realizadas en el año 2013, a las que se puede acceder a través de la página web:

<http://www.fidmag.com/fidmag/procientifica.php>

HALLAZGOS CEREBRALES ESTRUCTURALES ASOCIADOS A LA DISCINESIA TARDÍA EN LA ESQUIZOFRENIA

Publicado un artículo de investigadores de la FIDMAG Hermanas Hospitalarias en el número del mes de julio del British Journal of Psychiatry en el que estudian con resonancia magnética los correlatos cerebrales de los pacientes con esquizofrenia que presentan discinesia tardía versus los que no la presentan, encontrando alteraciones en los ganglios de la base, especialmente en el núcleo caudado.

Recepción: 11-07-13 / Aceptación: 21-10-13

La *discinesia tardía (DT)* es un síndrome en el que aparecen movimientos involuntarios que afecta a cara, tronco y/o extremidades que aparece en el 20-25 % de las personas con esquizofrenia. Una vez aparece, en la mayoría de los casos es irreversible, e incluso en algunos casos puede ser incapacitante. Ocurre típicamente en pacientes que han recibido tratamiento antipsicótico durante meses o años, pero considerarla simplemente como un efecto secundario de los antipsicóticos podría no estar totalmente justificado. Esto es porque algunos estudios han demostrado movimientos involuntarios similares en personas con esquizofrenia nunca expuestas a tratamiento antipsicótico. Por ello, se ha propuesto que podría existir una vulnerabilidad a los movimientos involuntarios en la esquizofrenia y que el papel de los antipsicóticos sería el de promover o acelerar esa condición.

A pesar de la importancia clínica de este fenómeno, poco se conoce acerca de la base biológica de la discinesia tardía. La principal hipótesis es que existe

un incremento en el número de receptores dopamina tipo D2 en los ganglios basales cerebrales, aunque estudios realizados in vivo y post-mortem no han podido demostrarlo. De forma parecida, estudios de neuroimagen llevados a cabo en los años 80 y 90 no fueron capaces de encontrar evidencias de cambios estructurales asociados a la DT, particularmente de los ganglios basales, los núcleos cerebrales involucrados en el control de los movimientos y que están afectados en otras enfermedades con la enfermedad de Parkinson y la corea de Huntington.

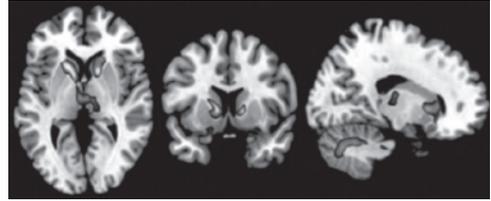
El grupo investigador que lidera la Dra. Edith Pomarol-Clotet en la FIDMAG Hermanas Hospitalarias, viene realizando un estudio utilizando un nuevo método de neuroimagen estructural que detecta cambios con mayor sensibilidad. Se llevó a cabo este estudio utilizando pacientes de distintos dispositivos asistenciales de las Hermanas Hospitalarias. Los resultados de esta investigación han sido publicados en la revista *British Journal*

of Psychiatry de este mes de julio (Sarró S, Pomarol-Clotet E, Canales-Rodríguez EJ, Salvador R, Gomar JJ, Ortiz-Gil J, Landín-Romero R, Vila-Rodríguez F, Blanch J, McKenna PJ. Structural brain changes associated with tardive dyskinesia in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2013;203:51-7).

En el estudio participaron 81 adultos con esquizofrenia divididos en dos grupos en función de la presencia (N = 32) o ausencia (N = 49) de DT. También se incluyeron 61 controles sanos. Se les realizó una prueba de resonancia estructural y los datos se analizaron con un *software* (FSL-VBM) que permite detectar zonas de cambios en el volumen de sustancia gris por todo el cerebro.

Al comparar los pacientes con y sin discinesia tardía, se observaron reducciones en el volumen de la sustancia gris a nivel predominantemente subcortical, afectando particularmente a los ganglios basales. Estos cambios se localizaron primariamente en el núcleo caudado (como se muestra en la figura 1). El volumen de los ganglios basales del grupo de pacientes con TD también era menor del de los controles sanos, cosa que señala una

FIGURA 1
Áreas con disminución significativa de volumen en los pacientes con discinesia



pérdida de tejido asociada con el fenómeno.

Este es el primer estudio de neuroimagen utilizando técnicas avanzadas realizado en relación con la DT. Sugiere que la DT es la manifestación de un proceso o procesos que *implican cambios en la estructura cerebral*, y no es únicamente fruto de cambios en la función neuroquímica cerebral. La mayor afectación del núcleo caudado respecto al putamen resulta un hallazgo sorprendente. El *profesor Peter Liddle* destaca estos resultados en un editorial «Discinesia tardía en la esquizofrenia» publicado en el mismo número del *British Journal of Psychiatry*.

**PUBLICACIONES EN REVISTAS INDEXADAS
EN EL 2013 DE LA FUNDACIÓN PARA
LA INVESTIGACIÓN Y LA DOCENCIA
MARÍA ANGIUSTIAS GIMÉNEZ (FIDMAG)**

Publicaciones en revistas indexadas en el 2013: 38 artículos - 208,19 puntos de Factor de Impacto (FI)

Año	Título	Autores	Revista	FI
2013	Multimodal voxel-based meta-analysis of structural and functional magnetic resonance imaging studies in those at elevated genetic risk of developing schizophrenia.	Cooper D, Barker V, Radua J, Fusar-Poli P, Lawrie SM	Psychiatry Research-Neuroimaging	3,364
2013	Structural Abnormalities in Bipolar Euthymia: A Multi-contrast Molecular Diffusion Imaging Study.	Canales-Rodríguez EJ, Pomarol-Clozet E, Radua J, Sarró S, Alonso-Lana S, del Mar-Bonnín C, Goikolea JM, Maristany T, García-Álvarez R, Vieta E, McKenna P, Salvador R	Biological Psychiatry	9,247
2013	Effects of music learning and piano practice on cognitive function, mood and quality of life in older adults.	Seinfeld S, Figueroa H, Ortiz-Gil J, Sánchez-Vives MV	Frontiers in psychology	
2013	Quantitative comparison of reconstruction methods for intra-voxel fiber recovery from diffusion MRI.	Daducci A, Canales-Rodríguez E, Descoteaux M, Gur Y, Mani M, Merlet S, Ramírez-Manzanares A, Rodrigues P, Reisert M, Sepehrband F	IEEE Transactions on Medical Imaging	4,027
2013	Evidence of reporting biases in voxel-based morphometry (VBM) studies of psychiatric and neurological disorders.	Fusar-Poli P, Radua J, Frascarelli M, Mechelli A, Borgwardt S, Di Fabio F, Biondi M, Ioannidis JP, David SP	Human Brain Mapping	6,878
2013	Treatment adherence in bipolar I and schizoaffective disorder, bipolar type.	Muru A, Pacchiarotti I, Amann BL, AMAN, Vieta E, Colom F	Journal of Affective Disorders	3,295

Año	Título	Autores	Revista	FI
2013	Validation of a European Spanish-version of the University of California performance Skills Assessment (Sp-UPSA) in patients with schizophrenia and bipolar disorder.	García-Portilla MP, Gomar JJ, Bobes-Bascaran MT, Menéndez-Miranda I, Saiz PA, Muñiz J, Arango C, Patterson TL, Harvey PD, Bobes J, Goldberg TE	Schizophrenia Research	4,59
2013	Laterality interacts with sex across the schizophrenia/bipolarity continuum: An interpretation of meta-analyses of structural MRI.	Crow TJ, Chance SA, Priddle TH, Radua J, James AC	Psychiatry Research	2,456
2013	Validity of modulation and optimal settings for advanced voxel-based morphometry.	Radua J, Canales-Rodríguez EJ, Pomarol-Clotet E, Salvador R	Neuroimage	6,252
2013	Potential reporting bias in fMRI studies of the brain.	David SP, Ware JJ, Chu IM, Loftus PD, Fusar-Poli P, Radua J, Munafo MR, Ioannidis JP	PLoS One	3,73
2013	Predictors of Recanalization in Patients With Life-Threatening Hemiparesis Requiring Artery Embolization.	García-Olivé I, Sanz-Santos J, Centeno C, Radua J, Andreo F, Sampere J, Michavila JM, Muchart J, Stojanovic Z, Ruiz Manzano J	Archivos de Bronconeumología	1,372
2013	Allelic variants in the zinc transporter-3 gene, SLC30A3, a candidate gene identified from gene expression studies, show gender-specific association with schizophrenia.	Pérez-Becerril C, Morris AG, Mortimer A, McKenna PJ, de Belleruche J	European Psychiatry	3,285
2013	Functional similarity of facial emotion processing between people with a first episode of psychosis and healthy subjects.	Villalta-Gil V, Meléndez-Pérez I, Russell T, Surguladze S, Radua J, Fusté M, Stephan-Otto C, Haro JM	Schizophrenia Research	4,59

Año	Título	Autores	Revista	FI
2013	APOE Genotype Modulates Proton Magnetic Resonance Spectroscopy Metabolites in the Aging Brain.	Gomar JJ, Gordon ML, Dickinson D, Kingsley PB, Uluğ AM, Keehlisen L, Huet S, Buthorn JJ, Koppel J, Christen E, Conejero-Goldberg C, Davies P, Goldberg TE	Biological Psychiatry	9,247
2013	Systematic review and voxel-based meta-analysis of diffusion tensor imaging studies in bipolar disorder.	Nortje G, Stein DJ, Radua J, Mataix-Cols D, Horn N	Journal of Affective Disorders	3,295
2013	Genetic modulation of the response bias towards facial displays of anger and happiness.	Gohier B, Senior C, Radua J, El-Hage W, Reichenberg A, Proitsis P, Phillips ML, Surguladze SA	European Psychiatry	3,285
2013	COMT Val158Met x SLC6A4 5-HTTLPR interaction impacts on gray matter volume of regions supporting emotion processing.	Radua J, El-Hage W, Monté GC, Gohier B, Tropeano M, Phillips ML, Surguladze SA	Social cognitive and affective neuroscience	5,042
2013	Driving and legal status of Spanish opioid-dependent patients.	Roncero C, Álvarez J, Barral C, Gómez-Baeza S, Gonzalvo B, Rodríguez-Cintas L, Brugal MT, Jacas C, Romaguera A, Casas M	Substance abuse treatment, prevention, and policy	1,16
2013	[De-escalation and atypical antipsychotics in the treatment of acute mania].	Amann BL, Wesuls R, Landín-Romero R, Grunze H	Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie	0,851
2013	[Differential diagnosis of and pharmacotherapy for bipolar disorder].	Grunze H, Grunze A, Amann BL	Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie	0,851
2013	Common and specific brain responses to scenic emotional stimuli.	Radua J, Sarró S, Vigo T, Alonso-Lana S, del Mar-Bonnín C, Ortiz-Gil J, Canales-Rodríguez EJ, Maristany T, Vieta E, McKenna PJ, Salvador R, Pomarol-Clotet E	Brain Structure & Function	7,836
2013	EMDR therapy modulates the default mode network in a syndromal, traumatized bipolar patient.	Landín-Romero R, Novo P, Vicens V, McKenna PJ, San-terred A, Pomarol-Clotet E, Salgado-Pineda P, Shapiro F, Amann BL	Neuropsychobiology	2,371

Año	Título	Autores	Revista	FI
2013	Association of formal thought disorder in schizophrenia with structural brain abnormalities in language-related cortical regions.	Sans-Sansa B, McKenna PJ, Canales-Rodríguez EJ, Ortiz-Gil J, López-Araquistain L, Sarró S, Dueñas RM, Blanch J, Salvador R, Pomarol-Clotet E	Schizophrenia Research	4,59
2013	Meta-analysis of functional network alterations in Alzheimer's disease: towards a network biomarker.	Jacobs HI, Radua J, Luckmann H, Sack AT	Neuroscience and Biobehavioral Reviews	9,44
2013	Localized grey matter atrophy in Multiple Sclerosis: A meta-analysis of voxel-based morphometry studies and associations with functional disability.	Lansley J, Mataix-Cols D, Grau M, Radua J, Sastre-Garriga J	Neuroscience and Biobehavioral Reviews	9,44
2013	Efficacy of Functional Remediation in Bipolar Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Study.	Torrent C, del Mar Bonnín C, Martínez-Arán A, Valle J, Amann BL, González-Pinto A, Crespo JM, Ibáñez A, García-Portilla MP, Tabarés-Seisdedos R, Arango C, Colom F, Solé B, Pacchiarotti I, Rosa AR, Ayuso-Mateos JL, Anaya C, Fernández P, Landín-Romero R, Alonso-Lana S, Ortiz-Gil J, Segura B, Barbeito S, Vega P, Fernández M, Ugarte A, Subirà M, Cerrillo E, Custal N, Menchón JM, Saiz-Ruiz J, Rodao JM, Isella S, Alegria A, Al-Halabi S, Bobes J, Galván G, Saiz PA, Balanzá-Martínez V, Selva G, Fuentes-Durá I, Correa P, Mayoral M, Chiclana G, Merchán-Naranjo J, Rapado-Castro M, Salameo M, Vieta E	American Journal of Psychiatry	14,721
2013	Resting state cerebral blood flow in amygdala is modulated by sex and serotonin transporter genotype.	El-Hage W, Zelaya F, Radua J, Gohier B, Alsop DC, Phillips ML, Surguladze SA	Neuroimage	6,252

Año	Título	Autores	Revista	FI
2013	Statistical Analysis of Brain Tissue Images in the Wavelet Domain: Wavelet-Based Morphometry.	Canales-Rodríguez EJ, Radua J, Pomarol-Clotet E, Sarró S, Alemán-Gómez Y, Iturria-Medina Y, Salvador R	Neuroimage	6,252
2013	Incomplete staging surgery as a major predictor of relapse of borderline ovarian tumor.	Romeo M, Pons F, Barretina P, Radua J	World Journal of Surgical Oncology	1,092
2013	Meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies of inhibition and attention in Attention-deficit/Hyperactivity Disorder: Exploring task-specific, stimulant medication, and age effects.	Hart H, Radua J, Nakao T, Mataix-Cols D, Rubia K	JAMA Psychiatry	13,772
2013	Structural brain changes associated with tardive dyskinesia in schizophrenia.	Sarró S, Pomarol-Clotet E, Canales-Rodríguez EJ, Salvador R, Gomar JJ, Ortiz-Gil J, Landín-Romero R, Viladrodíguez F, Blanch J, McKenna PJ	British Journal of Psychiatry	6,606
2013	Assessing clinical and functional outcomes in a gene-environment interaction study in first episode of psychosis (PEPs).	Bernardo M, Bioque M, Parellada M, Saiz-Ruiz J, Cuesta MJ, Llerena A, Sanjuán J, Castro-Fornieles J, Arango C, Cabrera B	Revista de psiquiatría y salud mental	0,667
2013	A general approach for combining voxel-based meta-analyses conducted in different neuroimaging modalities.	Radua J, Romeo M, Mataix-Cols D, Fusar-Poli P	Current Medicinal Chemistry	4,07
2013	Neurological soft signs in obsessive-compulsive disorder: two empirical studies and meta-analysis.	Jaafari N, Fernández-de la Cruz L, Grau M, Knowles E, Radua J, Wooderson S, Segalas C, Alonso P, Phillips ML, Menchón JM, Mataix-Cols D	Psychological Medicine	5,587

Año	Título	Autores	Revista	FI
2013	Bipolar depressed patients show both failure to activate and failure to de-activate during performance of a working memory task.	Fernández-Corcuera P, Salvador R, Monté GC, Sarró S, Goikolea JM, Amann B, Moro N, Sans-Sansa B, Ortiz-Gil J, Vieta E, Maristany T, McKenna PJ, Pomarol-Clotet E	Journal of Affective Disorders	3,295
2013	The impact of CACNA1C allelic variation on effective connectivity during emotional processing in bipolar disorder.	Radua J, Surguladze SA, Marshall N, Walshe M, Bramon E, Collier DA, Prata D, Murray RM, McDonald C	Molecular Psychiatry	14,897
2013	Brain functional abnormality in schizophrenia: a fMRI study.	Madre M, Pomarol-Clotet E, McKenna PJ, Radua J, Ortiz-Gil J, Panicali F, Goikolea J, Vieta E, Sarró S, Salvador R, Amann B	Psychological Medicine	5,587
2013	Genetic modulation of neural response during working memory in healthy individuals: interaction of glucocorticoid receptor and dopaminergic genes.	El-Hage W, Phillips ML, Radua J, Gohier B, Zelaya FO, Collier DA, Surguladze SA	Molecular Psychiatry	14,897

**COLABORADORES QUE HAN PARTICIPADO
EN LA EVALUACIÓN DE MANUSCRITOS
DURANTE EL AÑO 2013**

EMILIO ROJO RODES

Coordinador Área Granollers

MÓNICA PASTOR RAMOS

Enfermera Unidad Agudos Hospital Benito Menni Sant Boi

M.^a LUISA TIFFÓN DOMÈNECH

Coordinadora Unidad Agudos Hospital Benito Menni Sant Boi

BEATRIZ GONZÁLEZ SUÁREZ

Psicóloga Hospital Benito Menni Sant Boi

AMALIA GUERRERO PEDRAZA

Psiquiatra Unidad Agudos Hospital Benito Menni Sant Boi

MANUEL SÁNCHEZ PÉREZ

Psicogeriatra Hospital Sagrat Cor Martorell

FRANCISCO DEL OLMO ROMERO-NIEVA

Director Médico Clínica San Miguel de Madrid

EDITH POMAROL CLOTET

Directora Fundación FIDMAG

PILAR DE AZPIAZU ARTIGAS

Psiquiatra Unidad Geriatria Hospital Benito Menni Sant Boi

JOSÉ MIGUEL CEBAMANOS MARTÍN

Coordinador Área Rehabilitación Hospitalaria Benito Menni Sant Boi

MANUEL MARTÍN CARRASCO

Director Médico Clínica Padre Menni Pamplona



Hermanas
Hospitalarias

Dr. Pujadas 38. 08830 Sant Boi de Llobregat. BARCELONA
Tel.: 936 529 999. Fax: 936 400 268