



Hermanas
Hospitalarias

Informaciones **Psiquiátricas**

Monográfico

VIII Jornadas de Salud
Mental y Rehabilitación
Psicosocial

*"Construir ciudadanía:
Estrategias de capacitación
y participación de personas
con trastornos mentales
graves"*

Madrid, 2 y 3 de Octubre de 2019

Nº. **238**

4.º Trimestre

2019

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. Pedro Roy Millán

JEFE DE REDACCIÓN

Sr. J.L. Arroyo Cifuentes

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Sor Elisa Sánchez Santamaría

Dr. J.A. Larraz Romeo

Dr. M. Martín Carrasco

Dr. J.I. Quemada Ubis

Dr. F. del Olmo Romero-Nieva

Dr. C. Franquelo Cruz

Dr. E. Rojo Rodes

CONSEJO DE REDACCIÓN

Dr. J. Orrit Clotet

Dra. M. Centeno Casanovas

Sr. J. Tristany Claret

Dr. E. Díaz-Albo Hermida

Dr. S. Sarró Maluquer

Dr. C. Martín Lorenzo

Dr. J. Gómez de Tojeiro Roce

ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. E. Álvarez Martínez

Prof. Dr. C. Arango López

Prof. Dr. J.L. Ayuso Mateo

Prof. Dr. A. Bulbena Vilarrasa

Prof. Dr. J.L. Carrasco Parera

Prof. Dr. M. Casas Brugué

Prof^a. Dra. M^a Paz García Portilla

Prof. Dr. J.L. González Rivera

Prof. Dr. M. Gutiérrez Fraile

Prof. Dr. P. McKenna

Dr. I. Madariaga Zamalloa

Dr. M. Martínez Rodríguez

Prof. Dr. L. Ortega Monasterio

Dra. E. Pomarol-Clotet

Prof. Dr. J. Sáiz Ruiz

Prof. Dr. L. Salvador Carulla

Dr. Manuel Sánchez Pérez

Dr. J. Tizón García

Prof. Dr. M. Valdés Miyar

Prof. Dr. E. Vieta Pascual

SEDE PROVINCIAL BARCELONA

Av. Jordà, 8

08035-Barcelona

Tel.: 93.418.69.33

e-mail: informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es

www.informacionespsiquiatricas.com

www.hospitalarias.es

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

Depósito Legal. B. 675-1958 / ISSN 2385 – 7463

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 Salud Mental, Psiquiatría, Psicología o Medicina Psicosomática, y que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los tipos de trabajos que podrán ser aceptados en la Revista son los siguientes: Originales, Revisiones, 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. Los trabajos pueden remitirse a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, a través del correo electrónico informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es o mediante acceso directo en www.informacionespsiquiatricas.com
4. Los trabajos deberán presentarse escritos a doble espacio. Todas las páginas deben estar numeradas de forma consecutiva, empezando por la portada.
5. En la portada deberán constar, exclusivamente, los siguientes datos:
 - Título del artículo.
 - Los nombres de los autores y sus afiliaciones institucionales.
 - El nombre del/de los departamento(s) e instituciones a los que debe atribuirse el trabajo.
 - Descargos de responsabilidad, si los hay.
 - Información para contactar con el autor (Nombre, dirección postal, número de teléfono y dirección electrónica).
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. El texto de los artículos originales de investigación deberá estar dividido en los siguientes apartados y por el orden que se citan:
 - Introducción.
 - 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 correlati-

va, 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 inicial 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.

d) Las citas de páginas web comprenderán por el siguiente orden:

- Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
- Título del trabajo en su lengua original.
- Tipo de soporte entre claudators.
- Año y ciudad de publicación (si consta), fecha de edición y/o consulta (recomendado).
- URL

Simon G, Roy-Byrne P, Solomon D. (2018). Bipolar depression in adults: Choosing initial treatment. [en línea]. Washington. [Consultado el 1 de febrero de 2018]. <http://www.uptodate.com/home>

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.

- 9 **INTRODUCCION: “CONSTRUIR CIUDADANIA:
ESTRATEGIAS DE CAPACITACION Y PARTICIPACION DE
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES”**
Francisco Del Olmo Romero-Nieva / José Luís Arroyo
Cifuentes / Carlos Rebolleda Gil
- 25 **DESDE LA IMBRICACIÓN HACIA LA PLENA CIUDADANÍA**
Carolina Mogollón Rodríguez / Ana.i. Delfa Cantero
- 41 **ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LA GUÍA DE
PLANIFICACIÓN DE CONSULTA EN SALUD MENTAL**
Santiago Mañero Sanchez / Ana Belen Roncero Merino
/ Susana Martin Mora / Belen Muñoz Trenado / Patricia
Rebollo Seco
- 55 **ANÁLISIS DE LA VARIABLE GÉNERO Y SU INFLUENCIA
EN LA DERIVACIÓN A LOS RECURSOS DE ATENCIÓN EN
EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL**
Maria Amores Gonzalez / Paola Fernandez Catalina /
José Luís Arroyo Cifuentes / Carlos Rebolleda Gil
- 69 **RIESGOS PSICOSOCIALES Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN EL PERSONAS CON TRASTORNO
MENTAL GRAVE EN EL CONTEXTO LABORAL: ESTUDIO
EXPLORATORIO CUANTITATIVO Y CUALITATIVO**
Vanessa Delgado Garcia
- 80 **DISFUNCIONES EN LA DEFAULT MODE NETWORK EN
EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**
FIDMAG informa

Introducción

Francisco Del Olmo Romero-Nieva

Psiquiatra.

Director Médico Clínica San Miguel y Complejo Asistencial Benito Menni de Ciempozuelos, Hermanas Hospitalarias, Madrid.

José Luís Arroyo Cifuentes

Psicólogo.

Director Técnico Línea de Rehabilitación Psicosocial, Hermanas Hospitalarias, Madrid. Entidad vinculada a la red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid.

Carlos Rebolleda Gil

Psicólogo.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Aranjuez, Hermanas Hospitalarias, Madrid. Centro concertado con la red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid. Referente del Área de Investigación de la Línea de Rehabilitación Psicosocial.

VIII JORNADAS DE SALUD MENTAL Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Los días 2 y 3 de Octubre de 2019 tuvieron lugar en Caixa Fórum de Madrid las “VIII Jornadas de Salud Mental y Rehabilitación Psicosocial”, organizadas por Hermanas Hospitalarias, que llevaron por título “*Construir ciudadanía: Estrategias de capacitación y participación de personas con trastornos mentales graves*”.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de la ONU en Nueva York en el 2006, y cuyo texto entró en vigor el 3 de mayo de 2008, supuso un nuevo paradigma en las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad. Según el

mismo, es la sociedad la que tiene la obligación de promover, proteger y garantizar el pleno disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad y garantizar que gocen de plena igualdad ante la ley. Es decir, es la sociedad la que debe adaptarse a las personas con discapacidad, y no al contrario, para que éstas puedan ejercer todos sus derechos. El nuevo paradigma se ha ido instaurando en lo referente a las discapacidades físicas, pero en el ámbito de la Salud Mental sigue siendo un reto el impulso y el empoderamiento de las personas con trastorno mental grave para que éstas puedan ejercer como ciudadanos de pleno derecho.

Las jornadas centraron su mirada precisamente en dos de las estrategias fundamentales para que los afectados por un trastorno mental grave sean ciudadanos de pleno derecho, la capacitación y la participación, algo que tiene mucho que ver con la filosofía de los derechos humanos aplicada a la atención y rehabilitación de las personas con trastorno mental grave.

Tradicionalmente las personas con problemas de salud mental han sido relegadas y excluidas socialmente, teniendo escasas oportunidades de participar en sus tratamientos, en la gestión de los recursos que les atienden o en la comunidad en la que viven.

Los nuevos modelos de recuperación íntimamente unidos a los movimientos internacionales de Derechos Humanos, reconocen la importancia que tiene la participación de los usuarios de servicios de salud mental. Fomentar la participación de los usuarios, no solo implica cumplir con un derecho que tienen las personas, sino que además lleva consigo importantes beneficios tanto para la recuperación como para la mejora en la calidad de las redes de atención.

Por otro lado, existe variabilidad en cuanto a la capacidad que las personas tienen a la hora de participar autónomamente en

los distintos ámbitos en los que se desarrolla su vida. Por ello, se hace indispensable considerar y valorar esta capacidad, así como los apoyos que las personas necesitan a la hora de participar.

Por tanto, en este momento resulta ineludible contemplar la atención en salud mental integrando conceptos como el de participación y capacitación que posibilitan que las personas refuercen su rol de ciudadano.

Desde Hermanas Hospitalarias se pretendía que este encuentro fuera un medio efectivo para compartir información, reflexiones y propuestas acerca de las diferentes estrategias destinadas a fomentar la capacitación y participación de personas con enfermedades mentales graves. Para ello se reunieron profesionales de reconocido prestigio en la materia, en torno a mesas y conferencias.

En esta edición, la inauguración estuvo presidida por D. Javier Luengo (Viceconsejero de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid), Dña. Mercedes Navío (Coordinadora de la Oficina Regional de Salud Mental de la Consejería de Sanidad) y D. José Antonio Larraz (Director Asistencial y de Formación de Hermanas Hospitalarias España)

El primer día de las Jornadas estuvo centrada en la capacitación. En ese sentido, la conferencia inaugural, titulada “La Salud Mental: revoluciones pasadas, presentes y pendientes” corrió a cargo de Fernando Santos Urbaneja, Fiscal de la Audiencia Provincial de Córdoba y Fiscal Delegado de Protección de personas con discapacidad en Andalucía.

En su exposición, lamentó que sigan existiendo “barreras mentales” que dificulten el desarrollo de los derechos y la autonomía de las personas con trastorno mental. Dichas barreras

pueden venir del propio del propio paciente, que no se lo quiere creer y que prefiere seguir siendo dependiente, lo que hay que respetar. Pero también hay barreras entre los profesionales sanitarios, entre los propios familiares y a nivel social. Es cierto que hay menos estigma respecto de la persona con trastorno mental, pero una cosa es respetar el trastorno y otra aceptar que el usuario tenga capacidad de decisión.

El Fiscal Santos Urbaneja llevó a cabo un repaso a los hitos que han marcado el cambio en la percepción y el tratamiento de las personas con trastorno mental: La Constitución de 1978; En los años 80 el cambio de rumbo del tratamiento manicomial al tratamiento en la comunidad, y el hecho de que se estableció la preceptiva audiencia del usuario en los expedientes judiciales de ingreso involuntario. (Art. 211 Código Civil). Por último, destacó la aparición, ya en los años 2000, del paradigma de la autonomía del paciente, por medio de la Ley 41/2002 (1), lo que supone una inversión de las relaciones de poder y un reequilibrio de las relaciones médico-paciente.

Las próximas revoluciones en el ámbito de la capacitación de las personas con trastorno mental tienen que pasar inevitablemente por el desarrollo total de esa capacitación mediante la difusión y la generalización de instrumentos de autonomía como son las voluntades anticipadas o los poderes preventivos, cuyo uso es aún muy minoritario.

Este cambio de paradigma en las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad puede influir en cómo se aborda el tratamiento, la ayuda y la rehabilitación de las personas con problemas graves de salud mental; y cómo las transformaciones jurídicas pueden jugar un papel fundamental. El desarrollo de instrumentos de autonomía y capacitación de las personas con trastorno mental tiene el objetivo de aumentar la

capacidad de decidir, lo que está relacionado con la oportunidad de ser felices. Cada paciente debe decidir luego si quiere ejercer o no estas opciones, pero que el mandato de los poderes públicos pasa ineludiblemente por promover las condiciones y remover los obstáculos para que el desarrollo de los derechos de todas las personas sea real y efectivo.

Por último, el Fiscal consideró que la legislación para promover condiciones y remover los obstáculos ya está suficientemente desarrollada en España, por lo que ahora se trata de “una cuestión de actitud” de los usuarios, de los familiares, de los sanitarios y de la propia sociedad.

Tras la conferencia inaugural, tuvo lugar la primera mesa denominada “Estrategias de capacitación de personas con trastorno mental grave”, en la que se expusieron diversas estrategias y diferentes formas de proceder destinadas a incrementar la capacitación tanto legal como funcional de las personas con trastorno mental grave.

Mar Hernández Blázquez (Coordinadora del Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Día y Equipo de Apoyo Socio-comunitario de Retiro), expuso la ponencia “Experiencias de recapacitación legal”, En ella introdujo nuevamente el posible efecto que la Convención de Nueva York puede tener sobre las modificaciones de la capacidad de obrar (es decir sobre las sentencias judiciales de incapacidad) y en general la necesidad de protección de este colectivo (2), presentó un estudio de prevalencia de personas con dicha modificación en la red de atención social de la Comunidad de Madrid, y también expuso casos exitosos de recuperación de la capacidad judicial de obrar por algunas personas.

Javier Pallarés, recién nombrado Director de la Agencia Madrileña de Tutela del Adulto habló del papel de las entidades tute-

lares en general, y de las estadísticas de funcionamiento de la entidad que acaba de empezar a dirigir en particular. La Agencia Madrileña de Tutela de Adultos (AMTA) ofrece protección jurídica y social a las personas mayores de 18 años, residentes en la Comunidad de Madrid, que estén incapacitadas legalmente o que se encuentren dentro del proceso de reconocimiento de incapacidad. A principios de 2019, el AMTA tenía 2865 tutelados y 465 curatelados, pero esta cifra ha aumentado mucho este año (3).

Por último, Alba Ortiz Juez (Coordinadora y Psicóloga de Programas de Salud Mental de Aranda del Duero), presentó la experiencia que lleva a cabo la asociación “Salud Mental Aranda” con asistentes personales. El concepto de “Asistente Personal” viene del campo de la discapacidad física y consiste en una persona que acompaña y presta apoyo en diferentes situaciones a personas que necesiten apoyo para las actividades de la vida diaria. La aplicación a personas con problemas de salud mental es más novedosa, y estos apoyos podrían englobar los cuidados personales, tareas del hogar, acompañamiento en gestiones diarias, gestión del dinero, etc.

El segundo día de las Jornadas, por su parte, estuvo dedicado a la participación, un derecho fundamental de los ciudadanos. Fomentar la participación social de personas con enfermedad mental grave tiene efectos recíprocos en su proceso de recuperación. Es decir, el proceso de recuperación lleva a su participación y que participen más ayuda a su vez en el proceso de recuperación

En la mesa redonda del segundo día, titulada, “Niveles de participación de personas con trastorno mental grave” se expusieron experiencias que permiten la participación de personas con trastorno mental grave a varios niveles.

El primer nivel es la participación de los usuarios en la decisión en cuanto a tratamientos y estrategias de rehabilitación, José María Villagrán Moreno (Coordinador UHB de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Hospital de Jerez) expuso el “Proceso de Decisión Compartida (PDC)”. Uno de los cambios más importantes en la atención sanitaria de las últimas décadas ha sido la transición de una aproximación paternalista a una más deliberativa y, en relación a los tratamientos farmacológicos, del concepto de cumplimiento o adherencia al de concordancia o acuerdo terapéutico. Esto implica el objetivo final de un proceso de negociación y corresponsabilidad en la decisión de elegir un tratamiento al que se ha denominado proceso de decisión compartida, que consiste en la implantación de un procedimiento en etapas (asociación médico paciente, información sobre opciones, pros y contras, deliberación sobre las mismas y su relación con valores y preferencias del paciente, decisión consensuada) (4). La evidencia disponible a partir de los estudios llevados a cabo en los últimos años muestra que esta práctica mejora la calidad de las decisiones y parece efectiva en el proceso decisorio (aumenta el conocimiento y la participación, favorece una mayor congruencia con los valores y preferencias del paciente), aumentando, generalmente, la satisfacción del usuario (5). El Dr. Villagrán presentó los resultados no publicados sobre la implantación del modelo PDC en el Hospital de Jerez, demostrando también evidencia de efectividad también en indicadores de salud.

Vicente Ibáñez Rojo (Psiquiatra USM Almería,) presentó los distintos modelos de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental (PAD-SM) desarrollados con el objetivo de garantizar el derecho a ejercer la capacidad a través de la toma de decisiones en el ámbito clínico en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones relacionada con un problema de salud mental. (6). Ya existe experiencia en la implantación de

sistemas de voluntades anticipadas para los últimos momentos de la vida, pero esta filosofía se está aplicando cada vez más a personas con trastorno mental grave. Estos sistemas están muy establecidos en los países anglosajones, aunque en España solo dos Comunidades Autónomas (Cataluña y Andalucía) la han desarrollado. Como miembro del Grupo de Trabajo en Derechos Humanos y Salud Mental del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía participó en la primera Guía de PAD-SM, que editó la Consejería de Sanidad de Andalucía en 2015 (7). La guía sirve también para mejorar la relación clínica, identificar signos y síntomas de alarma y adaptar la asistencia a las necesidades y preferencias de los usuarios.

El último nivel de participación analizado consiste en la contratación, como parte de los equipos de salud mental, de ex usuarios de los mismos, que actúan como “expertos por la propia experiencia. Olga Carrasco Ramírez (Psicóloga) y Juan Bautista Parra (Educador Social) expusieron el Proyecto Experto por Experiencia 2018/2019 de la Fundación Sociosanitaria de Castilla- La Mancha, desde el punto de vista, respectivamente, de Coordinadora Técnica y de Coordinador formador en Salud Mental en primera persona. El proyecto pretende mejorar la inclusión social de las personas afectadas de enfermedad mental grave a partir de la hipótesis que la formación y la legitimación del conocimiento que poseen los usuarios, por el mero hecho de serlo, puede incrementar sus posibilidades de encontrar y mantener un trabajo, incrementar el tiempo que están en formación y mejorar, en última instancia, su calidad de vida. Además, pretende, para los usuarios que hayan recibido la formación, crear lugares de trabajo dentro de la organización sanitaria como educadores o formadores de otros usuarios con menos experiencia, menos conocimiento sobre la enfermedad y peor manejo psicosocial o experiencia en el uso de servicios (8)

Para cerrar las jornadas, se realizó una revisión global, desde el punto de vista de las personas afectadas por trastornos mentales, los modelos de participación de los usuarios de salud mental, tema que ha sido recolectado en nuestro medio de forma extensa en el documento “Guía PARTISAM”, editada por la AEN y la Confederación Salud Mental(9).

Francisco José Eiroá Orosa, investigador en salud mental de la Universidades de Barcelona y Yale, profesor de la University of East London y responsable de formación, investigación, desarrollo e innovación de la Federación Catalana de Entidades de Salud Mental en 1ª Persona-VEUS, comenzó la conferencia de cierre “Modelos de participación de usuarios de salud mental”, lamentando la ausencia de recursos en España asociados a la investigación e implantación de mejoras para la participación de los y las usuarias de salud mental “en el diseño de su tratamiento e incluso en la estructura de las instituciones sanitarias”. Como contraste, en países anglosajones como Reino Unido se otorgan cátedras al estudio de servicios de salud mental, algunas de ellas centradas específicamente en participación de usuarias y usuarios de servicios de salud mental. Es decir, hay poder, recursos y prestigio asociados a investigar e implementar mejoras en la participación.

Otros obstáculos para la participación de usuarios en la gestión y el diseño de servicios de salud mental en España podrían ser también el movimiento de familias, que hasta ahora no la ha apoyado, así como algunos sectores clínicos y académicos centrados en la investigación biomédica frente a la asistencial y social.

Las reivindicaciones actuales del colectivo están centradas fundamentalmente en la eliminación de la coerción en el ámbito de la salud mental y en el cambio de la mirada en la práctica, de modo que las personas usuarias de servicios de salud mental

sean ciudadanas de pleno derecho, aunque sigan experimentando síntomas, y puedan participar en todos los niveles sistema de salud mental. En España, aunque se empieza a incluir a personas afectadas en comisiones de participación en gestión y diseño de servicios de salud, todavía está lejos de alcanzar los niveles de participación de otros países europeos.

VII PREMIO DE FOMENTO DEL I+D+I EN SALUD MENTAL Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Como en ediciones anteriores, durante las jornadas se reservo un espacio importante para la participación de profesionales de Hermanas Hospitalarias a través de la presentación de comunicaciones y posters cuya calidad pudo ser reconocida a través del *“Premio de fomento del I+D+i”* que se entregó al finalizar las mismas. El monográfico que se presenta a continuación reúne los artículos correspondientes a gran parte de las comunicaciones presentadas durante las jornadas.

Dentro de las posibles formulas de participación ciudadana en el caso de las personas con trastorno mental grave, una de las más relevantes es la que tiene que ver con la inclusión y el desarrollo de acciones de voluntariado. En el primer artículo presentado en este monográfico, que lleva por nombre *“Desde la imbricación hacia la plena ciudadanía”*, se lleva a cabo una interesante reflexión sobre el papel del voluntariado en Salud Mental y se describe la participación de los centros de Línea de Rehabilitación Psicosocial ubicados en Badajoz en la construcción de la Red Volusmex.

Protocolizar las intervenciones eficaces es una de las tareas de los dispositivos de Salud Mental y Rehabilitación Psicosocial que trabajan dentro de un marco de recuperación basado en la

evidencia. Las intervenciones Psicoeducativas se han mostrado como un ingrediente importante en el proceso de recuperación de personas con trastorno mental grave. En el segundo artículo de este monográfico, el cual, lleva por nombre *“Análisis de la efectividad de la Guía de Planificación de Consulta en Salud Mental”* se recoge un estudio enfocado a la evaluación de la efectividad de una intervención psicoeducativa basada en el empleo de una Guía de Planificación de Consulta en Salud Mental, creada ad hoc para este estudio. Esta guía está destinada a mejorar los procesos de toma de conciencia y comunicación de hechos relevantes a ser transmitidos en las consultas de psiquiatría por parte de personas tanto con diagnóstico de esquizofrenia como de trastorno bipolar. Tras entrenar a los usuarios en el uso de la misma se comprobó si se daban mejoras significativas en cuanto a la comunicación con el psiquiatra de referencia, insight, actitud hacia la medicación, presencia e intensidad de efectos secundarios, bienestar subjetivo ante la toma de neurolépticos y en el funcionamiento global.

El acceso igualitario al tratamiento en salud mental en el caso de hombres y mujeres, es un derecho fundamental de estas últimas. Esto, si cabe, adquiere aun mayor relevancia cuando, como demuestran recientes estudios, el sesgo de género parece afectar a las derivaciones que se llevan a cabo en recursos tanto hospitalarios como de rehabilitación psicosocial comunitaria en el caso de las personas diagnosticadas de Trastorno Mental Grave, ya que los resultados obtenidos tienden a mostrar que éstos atienden al doble de hombres que de mujeres. Este aspecto es lo que se pretendió explorar en el tercer artículo de este monográfico denominado *“Análisis de la variable genero y su influencia en la derivación en los recursos de atención en el ámbito de la salud mental”*, en el que, con el objetivo de indagar si este dato también se da en el caso de algunos de los recursos que

gestiona la organización Hermanas Hospitalarias, se extraen, desagregados por sexo, los datos correspondientes a las derivaciones a varios de sus centros desde el año 2012 hasta el 2018.

Otra forma de participación ciudadana fundamental para las personas con Trastorno Mental Grave es que, en los casos en los que esto sea posible, estas puedan acceder a empleos de calidad que, a su vez, les permitan una mayor autonomía, la posibilidad de conseguir objetivos vitales y mejorar su calidad de vida. Si bien, existen toda una serie de riesgos psicosociales a los que se ven expuestas estas personas y que han de ser detectados y manejados adecuadamente por parte de las mismas de cara a posibilitar su mantenimiento en el empleo y el éxito en el puesto de trabajo. Acerca de esto mismo trata de indagar el último artículo del presente monográfico denominado *“Riesgos psicosociales y estrategias de afrontamiento en personas con trastorno mental grave en el contexto laboral: estudio exploratorio cuantitativo y cualitativo”*, comunicación ganadora del *“Premio de fomento de I+D+i”*, cuyo objetivo fundamental fue conocer la percepción de los riesgos psicosociales de los trabajadores atendidos en los Centros de Rehabilitación Laboral de la Comunidad de Madrid y conocer las estrategias de afrontamiento para la gestión de dichos riesgos.

Señalar, por último, que en categoría poster, el trabajo galardonado con el *“Premio de fomento de I+D+i”* fue el denominado *“Salud física de la persona con Trastorno Mental Grave: Sensibilización a profesionales de atención primaria”*, el cual, expone los resultados de una interesante experiencia en la que trata de abordar el estigma entre profesionales de atención primaria y se planifican acciones coordinadas destinadas al incremento del conocimiento acerca de este tipo de problemáticas, las cuales, en ocasiones, resultan muy desconocidas para los profesionales que trabajan en este tipo de centros.

Referencias

- (1) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, publicado «BOE» núm. 274, de 15/11/2002. Accesible en (<https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>). (consultada 17/11/2019)
- (2) Mar Hernández Blanco: “La Defensa de los derechos de las personas con Discapacidad”, clase del curso “La protección jurídica y social de las personas con discapacidad. Impartido en la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, Abril2018. Accesible en: (http://www.amrp.info/pdf/LA_DEFENSA_DE_LOS_DERECHOS_DE_LAS_PERSONAS_CON_DISCAPACIDAD_MAR_HERN%C3%81NDEZ.pptx) (consultada 17/11/2019)
- (3) Asociación Madrileña de Tutela del Adulto (AMTA) de la Comunidad de Madrid: Accesible en: <http://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/tutela-adultos>. (consultada 17/11/2019)
- (4) José M. Villagrán, Ignacio Lara Ruiz-Granados, Francisco González-Saiz: *Aspectos conceptuales sobre el proceso de decisión compartida en salud mental*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2015; 35 (127), 457-266. doi: 10.4321/S0211-57352015000300002
- (5) José M. Villagrán, Ignacio Lara Ruiz-Granados, Francisco González-Saiz. “*El proceso de decisión compartida en el tratamiento del paciente psiquiátrico: estudios empíricos y evaluación de la capacidad*”. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2014; 34 (123), 491-506. doi: 10.4321/S0211-57352014000300004
- (6) Suess Schwenda,, A, Bono del Trigo, A; Ibáñez Rojo V,; Romero Cuesta J; Romero Jimeno, MD; Tamayo-Velázquez, MI; Huizing, E: 79: “ Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental: Modelos, utilidades y propuestas de aplicación”. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2016; 36(129):79-102. Doi: 10.4321/S0211-57352016000100006
- (7) Guía de Planificación Anticipada de decisiones en salud mental. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Sanidad, Andalucía, 2015 Accesible en: (<https://www.easp.es/project/planificacion-anticipada-de-decisiones-en-salud-mental-guia-de-apoyo-para-profesionales-y-personas-usuarias-de-los-servicios-de-salud-mental/>) (consultada 17/11/2019)

- (8) Documental “Experto por la Experiencia”. Fundación Sociosanitaria Castilla la Mancha. Accesible en: (https://fsclm.com/web/index.php?option=com_content&view=article&id=168:documental-experto-x-experiencia&catid=69:noticias&Itemid=363) (consultada 17/11/2019)
- (9) Fernández de Sevilla Otero, Juan Pablo (coord.); San Pío Tendero, María Jesús (coord.); [et al.]. “Guía Partisam: promoción de la participación y autonomía en Salud Mental”. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 2014. Accesible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/guia-partisam-20686/> (consultado 17/11/2019)

DESDE LA IMBRICACIÓN HACIA LA PLENA CIUDADANÍA

Carolina Mogollón Rodríguez

Trabajadora Social.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Badajoz, Hermanas Hospitalarias, Badajoz. Centro concertado con el Servicio Extremeño de Salud (SES).

Ana.i. Delfa Cantero

Psicóloga.

Coordinadora Técnica Centro de Rehabilitación Psicosocial de Badajoz, Hermanas Hospitalarias, Badajoz. Centro concertado con el Servicio Extremeño de Salud (SES).

Resumen

Se pretende hacer una reflexión sobre el papel del voluntariado en Salud Mental y la participación de los centros de la Línea de Rehabilitación Psicosocial de Hermanas Hospitalarias en Badajoz en la construcción de la Red de Voluntariado en Salud Mental de Extremadura (VOLUSMEX).

Este camino no ha sido en solitario, siempre junto a la Plataforma del Voluntariado de Extremadura, la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del Servicio Extremeño de Salud y el movimiento asociativo de usuarios y familiares a través de FEFES Extremadura.

Todo lo anterior invita a reflexionar y proyectarse hacia oportunidades y necesidades futuras y el compromiso por una sociedad más inclusiva, resaltando la importancia de lograr una mirada más compasiva y tolerante hacia la diversidad neurofuncional y psicológica.

Palabras clave: Voluntariado, sinergia, participación social, ciudadanía, usuario voluntario, colaboración.

Abstract

It is intended to reflect on the role of volunteering in Mental Health and the participation of the centers of the Psychosocial Rehabilitation Line of Hospital Sisters in Badajoz in the construction of the Voluntary Network in Mental Health of Extremadura (VOLUSMEX).

This path, always together with the Extremadura Volunteering Platform, the Subdirectorate of Mental Health and Welfare Programs of the Extremadura Health Service and the associative movement of users and relatives through FEFES Extremadura.

All of the above invites us to reflect on and project ourselves towards future opportunities and needs and the commitment to a more inclusive society, highlighting the importance of achieving a more compassionate and tolerant view towards neurofunctional and psychological diversity.

Key Words: Volunteering, synergy, social participation, citizenship, volunteer user, collaboration.

Introducción

La intervención social y el Trabajo Social como profesión que abandera la práctica asistencial en el ámbito comunitario, desde su origen mira indiscutiblemente el individuo-entorno como una dualidad inquebrantable, ve a la persona en situación, siendo una profesión que nace junto a otras disciplinas y en relación con ellas.

“Todo campo disciplinar requiere de una reflexión permanente y de una producción de conocimiento que se satisface a través de la práctica sistemática de la tarea investigadora (...) las revisiones históricas han puesto de manifiesto lo imbricado que ha estado esta disciplina con la investigación social desde su origen”.

(Marco & Tomás, 2013, pág. 223).

Las barreras estructurales contribuyen a la permanencia de las desigualdades y a la exclusión, siendo un hándicap el etiquetado bajo criterios de raza, clase, idioma, género, religión, problema de salud, discapacidad, cultura u orientación sexual.

Ante estas barreras, las disciplinas de las ciencias sociales, y el Trabajo Social en particular, busca desarrollar una conciencia crítica y estrategias de acción que afronten origen, estructura y consecuencias.

Si buscamos un punto histórico donde el Estado asume, en un origen la caridad (permitamos la licencia de este término para contextualizar en el momento histórico que se describe), quizá tengamos que remontarnos a la ruptura Iglesia-Estado en la Inglaterra del siglo XVI, desde ahí nos iríamos hasta la Ley de Pobres isabelina de 1601, con un marcado reconocimiento de las obligaciones

sociales, saltando hasta 1834 con la “New Poor Law”, con el desarrollo de las infames “workhouses” conocidas como las “prisiones de pobres”. El salto de Inglaterra al nuevo continente no tarda a través de las nuevas colonias. Este modelo y evolución se ha podido ir adaptando a diferentes contextos y territorios a lo largo y ancho del mundo occidental.

El siglo XIX trae la Revolución Industrial y el liberalismo económico, que se aleja de asumir la tutela de los que más lo necesitan. Todo ello genera un caldo de cultivo donde la sociedad civil se comienza a ordenar y organizar para apoyar, de forma muy puntual e insuficiente, pero comienza a ponerse en marcha estructuras de altruismo y apoyo más allá de la organización reivindicativa de clases, proliferando sociedades filantrópicas y los individuos caritativos que prestaban apoyo al necesitado de forma indiscriminada, basada en buenas intenciones y solapamiento.

Es ante esto que, en 1868, en Londres, Henry Solly propone la unión de distintas personas para formar una organización más rigurosa y científica, todo aún en términos de caridad, que apostara por la coordinación. Nace en 1869 la Sociedad para la Organización de la Ayuda caritativa y la Represión de la mendicidad.

Es Octavia Hill quien colabora y da el paso para reformar la organización, pasando a llamarse Sociedad de Organización de la Caridad (COS), entidad no asistencial, más bien organizativa y derivadora de los solicitantes a las agencias más ajustadas. Este tipo de trabajos surge en otros lugares como Alemania y Estados Unidos, quedando España alejada de este movimiento, donde el peso de la Iglesia Católica es cohesionado y fuerte, asumiendo esas labores de acompañamiento a los más necesitados.

Cabe destacar, que la COS fue la primera organización que usa el término Trabajo Social, aunque aún no hubiera nacido la disciplina profesional como tal. A modo de curiosidad, el verdadero inicio de la profesión surge de estructuras que nacen ante las limitaciones del modelo de la COS, aunque esa historia será contada en otra ocasión.

En textos antiguos aparecen las figuras de “friendly visitors” (visitadoras amistosas), mujeres voluntariosas, blancas, protestantes y de clase acomodada, quienes trasladaban las necesidades a las Juntas de Distrito que eran las que tomaban decisiones, eso sí, formadas por varones asalariados.

Si damos un salto y aparecemos en la Europa post-Guerras, la carta de los Derechos Humanos ofrece un paraguas donde resguardar la protección social más allá de pequeñas tribus ligadas a ideología, clase o moral. Los Derechos Humanos constituyen una necesidad de protección y los efectos de las guerras una memoria tras los cuales la colectividad se organiza para la defensa y avance hacia una sociedad del bienestar. A esta corriente se fueron sumando poco a poco aquellos países sometidos al autoritarismo, que pese a estar bajo modelos absolutistas sí tenían referencias de hacia dónde mirar y para qué sobreponerse una vez alcanzada la democracia.

España, por su peso tradicionalista ha estado alejada del crecimiento del asociacionismo, con excepciones como por ejemplo La Cruz Roja, de calado internacional y también interviniente en nuestro país, surgiendo instituciones en entornos burgueses al albor de las líneas de la ilustración como puede ser “Amigos del País”, extendida y mantenida a lo largo y ancho de la geografía española.

En el periodo posterior a la Guerra Civil, el movimiento internacional de instituciones no lucrativas adquiere en España la forma

de instituciones confesionales, asistenciales y/o misioneras, actuando libremente pero muy vigiladas por las autoridades.

Sin duda los años 60 y 70 los esfuerzos oenegianos internacionales en España cogen la forma en torno a construir estructuras políticas y sindicales para avanzar en el proceso democrático.

Si continuamos en España, los años 80 y 90 son, ahora sí, un hervidero para la creación de organizaciones no lucrativas conviviendo con algunas contradicciones, del texto de Carlos Gómez Gil podemos extraer:

- Nacen al mismo tiempo que entran en crisis movimientos participativos tradicionales, transformándose estos en formato de organización no gubernamental (de ahora en adelante ONG).
- Las ONG adquieren una reputación positiva en contraposición a la participación en partidos políticos y sindicales.
- Las propias organizaciones para las que se suponen las ONG son la respuesta ante sus dificultades, crean estas.
- Las organizaciones no lucrativas crecen como respuesta al individualismo social, auspiciadas por el Estado, precisamente cuanto este es más criticado.
- La ONG cobra una especial relevancia social. Apelan al voluntariado, precisamente cuando el desempleo aumenta y el trabajo es un bien escaso y precarizado.

Estas contradicciones sólo pueden ser soportadas por una sociedad desafectada de instituciones más clásicas cuando las entidades no lucrativas sustentan valores de cohesión casi universalizados. Además, estas instituciones han ejercido de lobbies de control y visibilización de las grandes lacras y catástrofes internacionales, siendo fieles al nacimiento de estos movimientos en modo transformador y, no menos importante, no siendo consideradas como enemigos del modelo establecido.

La prestación de servicios ajustados y comprometidos, la concurrencia competitiva y la imperiosa necesidad de distribución de recursos, la juventud del fenómeno, su atomización y la fragilidad organizativa, ha llevado a la construcción de FEDERACIONES, PLATAFORMAS, etc. que aúnen los esfuerzos y den soporte a entidades, en su mayoría pequeñas y localistas, amparadas en estas estructuras por otras entidades de calado INTERNACIONAL adaptadas al terreno. Movimientos como el 0,7%, las campañas del IRPF, etc. son ejemplos de unión y sinergias de entidades, unidas por fines en común sin perder su propia idiosincrasia.

Sin duda, el terreno de “lo social” se torna cada vez más complejo y plural, cambiante y con líneas más difusas con estructuras organizativas con miles de nudos: nacimiento de oenegés que se convierten en partidos políticos, partidos políticos, empresas y organizaciones que cuentan con fundaciones, instituciones confesionales con labor plural y universal, organizaciones no lucrativas que complementan y apoyan la labor institucional, etc.

Ante esto es importante la reorganización en función de “puntos en común”, más allá de la unión en función de las estructuras, orígenes, etc.

Un ejemplo de lo anterior son las Plataformas del Voluntariado, desde una estructura estatal hacia lo más local. Así, en Extremadura existió la Plataforma del Voluntariado de Badajoz, de Mérida y de Cáceres, aunadas hoy en día en la Plataforma del Voluntariado de Extremadura, en la que los centros de LRHP de Hospitalarias en Badajoz forma parte.

De sobra conocidos por todos es la crisis mundial de 2008, no sólo económica, afectando duramente a España. Esto implica un fuerte mazazo a todo lo que supone financiación económica de las Administraciones,

pero a su vez las instituciones de intervención socio-sanitaria tienen una mayor demanda. Entre otras muchas cuestiones, la desafección de las instituciones aumenta, la reivindicación social es más palpable y la reorganización del sistema, asumiendo la ciudadanía un mayor papel organizativo, tornándose imprescindible. Ante esto y a modo de reequilibrio del sistema las instituciones y poderes públicos asumen un necesario camino hacia la transparencia y la participación de las partes implicadas en la construcción de planes, estructuras y empoderamiento de los propios usuarios.

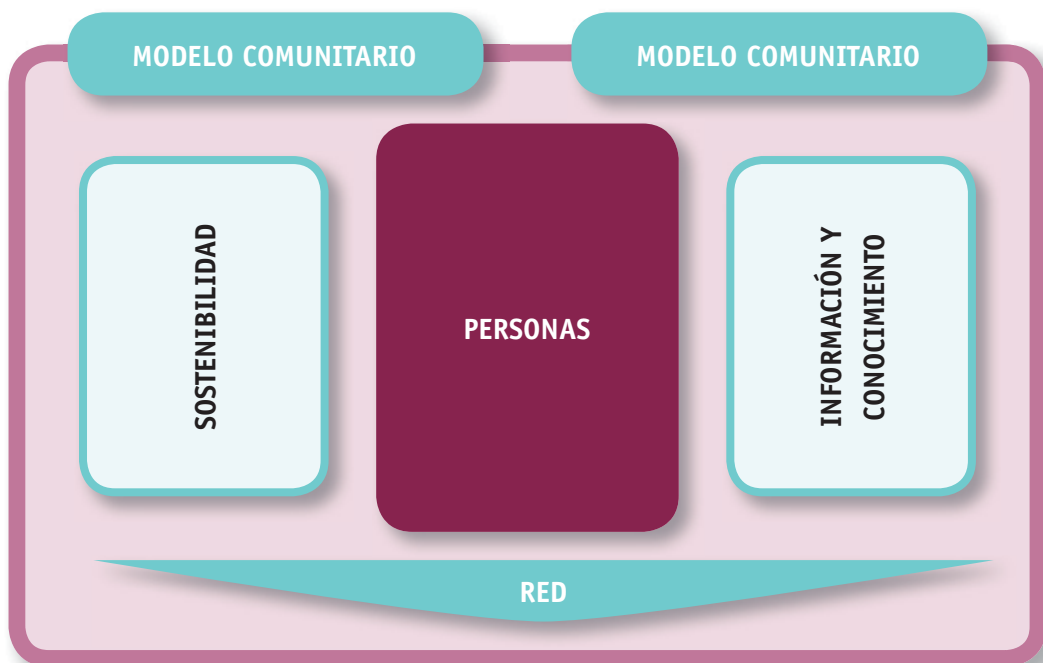
En este punto toca hablar del papel del paciente/usuario experto y la participación en el ámbito socio sanitario.

Viniendo de un segundo Plan Integral de Salud Mental de Extremadura (2007-2012), donde su fecha coincide con el momento de crisis expuesto anteriormente, marcado por los devenires económicos, administrativos, jurídicos, políticos, etc. sí aparecen oportunidades de participación como fue el encuentro entre usuarios y gestores de Salud Mental.

Así se llega a la revisión de este II Plan Integral para la construcción del III Plan de Salud Mental de Extremadura, con la participación de agentes de la red: gestores, entidades, técnicos asistenciales, usuarios y familiares, etc.

Como marca, desde las primeras páginas, este plan plantea las personas en su centro de acción, conscientes de nacer como estrategia hacia la eficiencia y la coordinación de esfuerzos versus a un crecimiento en cuanto a dispositivos, pese al reconocimiento de las necesidades en la comunidad.

Figura 1. Imagen representativa III PSME



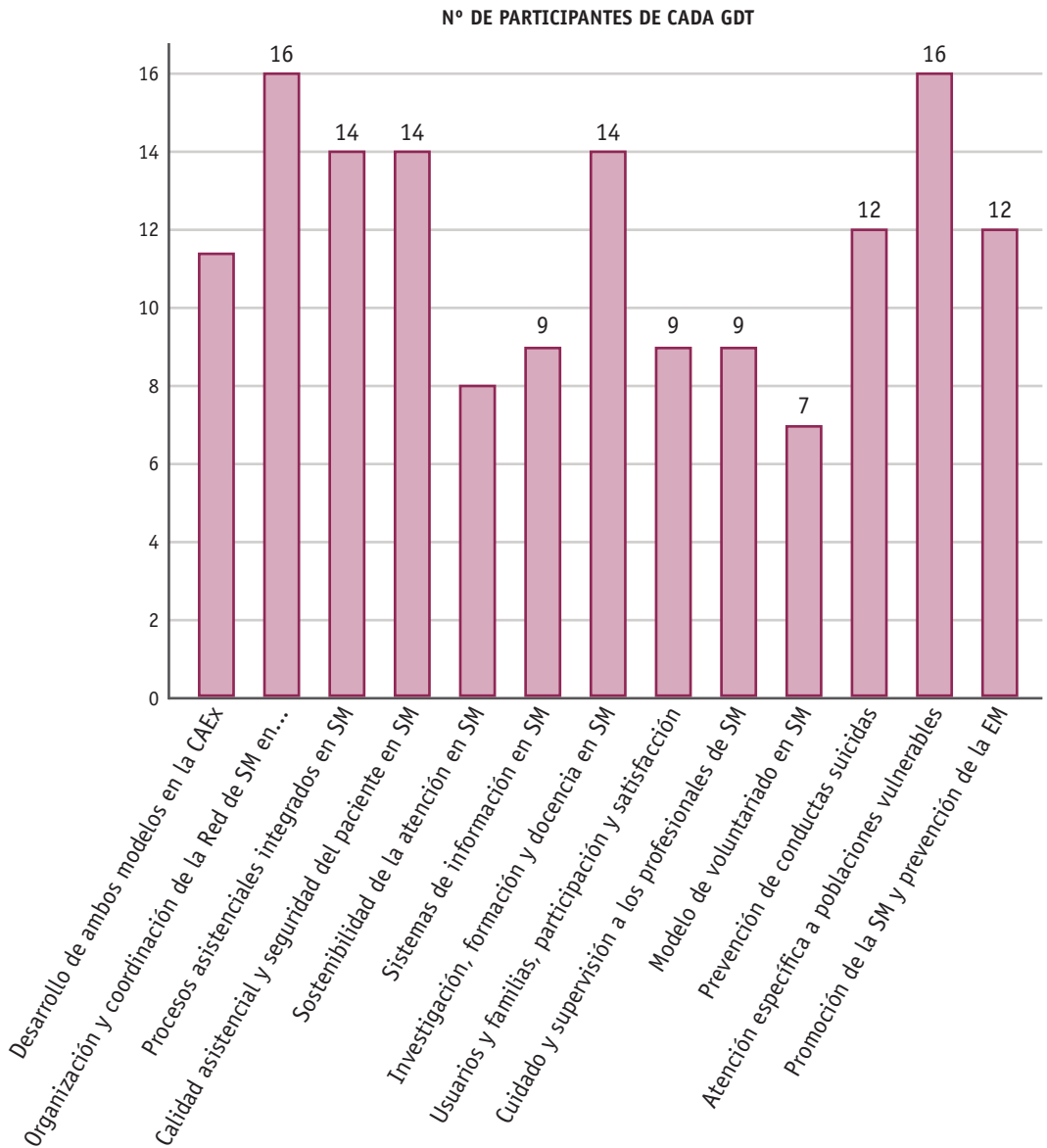
Fuente: Martín, B., Torres, I., Casado, M.P., et al III Plan Integral de Salud mental de Extremadura 2016-2020.

Regresando al aspecto del voluntariado, este ocupa un lugar en la construcción del plan, con grupo de trabajo propio en el que desde el momento inicial el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Badajoz se vio representado a través de su trabajadora social, destacando la relación con Plataforma del Voluntariado de Extremadura a través de formar parte de dicha institución desde décadas atrás.

Así, quedan finalmente los siguientes objetivos, según se definen en el III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura (2016-2020):

- Objetivo 30: Impulsar el análisis de la situación del voluntariado en Salud Mental de Extremadura.
- Objetivo 31: Avanzar en la definición de un modelo de voluntariado en Salud Mental en Extremadura.
- Objetivo 32: Promover la visibilización del voluntariado en Salud Mental en Extremadura.

Figura 2. Grupos de trabajo del III PSMEX.



Fuente: Martín, B., Torres, I., Casado, M.P., et al III Plan Integral de Salud mental de Extremadura 2016-2020.

Tenemos encima de la mesa:

- Presencia de voluntariado que apoya la labor asistencial en los centros de LRHP desde hace décadas.
- Formar parte de Plataforma de Voluntariado de Extremadura, con múltiples y variadas sinergias con entidades parte, a lo largo de los años.
- Coordinación del voluntariado en CRPS Badajoz desde el Trabajo Social, con apoyo y supervisión desde la coordinación técnica del centro.
- Una apuesta por la visión USUARIO/VOLUNTARIO, defendida por parte de los centros de Línea de Rehabilitación Psicosocial de Hermanas Hospitalarias en Badajoz desde 2010 de manera formal y anteriormente, creyendo y poniendo en práctica el modelo de Recuperación.
- Perspectiva participativa y orientada al modelo de Recuperación y en general a las personas desde la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del Servicio Extremeño de Salud.

Hemos nombrado el modelo de Recuperación, aunque no es el momento de su descripción, sí algunos apuntes. En clave visual, huyendo de sesudas y académicas reflexiones resulta pedagógico el fragmento de Uriarte y Vallespí, en relación con la autorrevelación de la actriz Carrie Fisher, más conocida como la Princesa Leia de la Guerra de las Galaxias, en uno de sus artículos, la referencia comienza por una declaración publicada en la revista People de la actriz:

“Padezco una enfermedad mental. Puedo decirlo. No me avergüenzo de ello. He sobrevivido a ello, todavía sobrevivo, pero lo sobrellevo”.

Quizás esas palabras describen el proceso de recuperación: reconocer la enfermedad, superar su estigma, especialmente el autoestigma, y tratar de que interfiera lo menos posible en tu vida.

(Uriarte, J.J., Vallespí, A., 2017)

Mucho se habla del modelo de Recuperación, en ocasiones con un tono naif y edulcorado, con una visión finalista y poco didáctico frente al continuo camino, no ajeno a sufrimiento, esfuerzo, malestar y engorro que conlleva, sin poderlo considerar de forma lineal sino como un todo, contemplando fases de afrontamiento, superación y por último de sobreponerse.

Extendidas son el componente indiscutible de ser esto de la Recuperación un proceso o camino personal, que no solitario. Menos valorado es el del optimismo terapéutico, con una valoración de confianza en los tratamientos, pero también orientado a una actitud profesional para acoger el proyecto personal de la persona con un problema de salud mental. Por último, y más en boga actualmente, es el del componente crítico hacia los servicios y práctica en salud mental, malinterpretado, exagerado o radicalizado en algún momento, destacamos que esta visión crítica (y también autocrítica de servicios y profesionales), conlleva una aceptación honesta del modelo de Recuperación puesto que coloca de forma horizontal a todos los implicados en la intervención.

Esta visión crítica, siempre contemplada desde el constructivismo (puesto que colocarlo en posturas radicalizadas implicaría no

un estar por la mejora del sistema sino por abolirlo o sustituirlo), redundando en valores solidarios, implicados y comprometidos, comenzando por los dispositivos de atención, a modo de entrenamiento y recuperación de roles para posteriormente dar el salto a la participación comunitaria y por tanto apostar por la plena ciudadanía.

Así, contemplando cómo la atención a las personas con Trastorno Mental Grave está englobada en la atención a la discapacidad y la cronicidad, los servicios deberían estar orientados hacia la flexibilidad y la adaptabilidad para evitar la alienación y sometimiento, peleando por la independencia y la autonomía.

En palabras de Deegan: *“la Recuperación existe porque la hemos vivido”*. Esto arroja una perspectiva, este modelo conlleva imponer una actitud participativa, práctica y real en los procesos de acompañamiento, alejándonos los profesionales de formar usuarios expertos en teorías y técnicas y apostar por la prueba, la acción, la proyección, etc. de forma ajustada, progresiva, integral, trascendiendo a la visión profesional de lo posible y apuntalando el proyecto terapéutico en valores, competencias, metas y sueños de la persona diagnosticada, comprometiendo para ello a su entorno, desde su propia familia, la comunidad donde vive y el lugar donde le toca participar.

Todo lo anterior implica un continuo diálogo, sobreponiéndonos todos los agentes implicados a ciertos estereotipos, encontrando resuello el saboreo de lo cotidiano, con la construcción de una habilidad orientada a poder estar atentos a pequeños pasos, pequeños logros y la construcción de espacios de diálogo donde poder escuchar emociones y sensaciones para el continuo reajuste de metas inmediatas.

Es importante que seamos conscientes del posicionamiento y rol en el contexto terapéutico para poder comprender la reacción y la coherencia narrativa de cada planteamiento. En la formulación de roles productivos dentro de un proceso de atención en salud mental, debemos valorar la necesaria explicitación de porqués y cómo de cada acción y el hilvanado con los objetivos, competencias y búsqueda de estrategias compensatorias ante las limitaciones identificadas de forma tácita, comprensible y reiterada para con la persona usuaria. Por otro lado, comprender resistencias, desafección, incomprensión, dudas y retraimiento en la persona y su contexto, todos tenemos que caminar desde un modelo paternalista y reencontrarnos. Además de considerar la vulnerabilidad bajo un modelo de capas multidimensionalmente, considerando que mismos agentes deberemos encontrarnos en diferentes situaciones terapéuticas en escenarios cambiantes y necesitando una continua adaptación de roles, actitudes y métodos.

Figura 2. Poster de Usuarios Voluntarios presentado en el congreso Nacional de FEARP. Zaragoza 2012.



Fuente: Delfa, A., Chamorro, L. y Mogollón, C.

Antecedentes

La participación de usuarios en los procesos de atención ha sido un continuo en ascenso en los centros de rehabilitación, hoy en día, nadie podría separar participación e implicación de un proceso psicosocial. La literatura clásica psiquiátrica destaca en las definiciones de salud mental las posibilidades de establecer relaciones afectivas satisfactorias y trabajar, y es ahí, en ese plano productivo, donde los procesos de rehabilitación apuestan, pero no en bajo porcentaje desfallecen y se angostan.

Las cifras son claras: en la actualidad, las personas con discapacidad mental tienen menos posibilidades para encontrar empleo en comparación con otras causas de discapacidad. Al respecto, el nivel de empleabilidad alcanza solo el 29%, un porcentaje muy inferior si es comparado con las personas con discapacidad física (49%) y con la comunidad en general (74%), y esto si no contemplamos circunstancias sociales o culturales añadidas.

B.Antony en su archiconocida definición de Recuperación destaca y señala el componente de utilidad. En un mercado laboral cambiante, exigente, demandante de flexibilidad, competencia, adaptabilidad y renovación continuada y unido a la lucha contra el estigma internalizado y social es fácil sumirse en un mar desesperanzador.

Mucho cambia cuando a ese componente de utilidad lo alejamos de la dicotomía “dependencia-laboralmente activo” y en el ámbito productivo incorporamos ámbitos productivos no laborales que puedan abarcar desde los lugares más cercanos y adaptados a la persona y sus limitaciones (como pueden ser su hogar, sus recursos de referencia, asociaciones o lugares de atención) o miramos a la comunidad como un contexto plural

y cambiante lleno de necesidades a cubrir entendiendo que toda persona es capaz para acciones concretas. Incluso comprender estos espacios de participación como lugares de entrenamiento de desoxidación para continuar avanzando y ampliando espacios en el proceso de inclusión.

Figura 4. Imagen de usuarios de los centros ejerciendo labores voluntarias con entidades del entorno durante 2018.



Fuente: Elaboración propia.

En esta línea, los centros de LRHP de Hermanas Hospitalarias en Badajoz han venido desarrollando múltiples acciones en materia de participación en el desarrollo de la acción y la gestión de centros desde tareas cotidianas hasta la participación en grupos de trabajo e impacto en la gestión de centros.

En la actualidad todo lo anterior resulta cotidiano, normalizado y necesario, pero, si miramos con conciencia histórica una década atrás, no en pocas ocasiones, resultaba controvertido el planteamiento de hacer seguro de responsabilidad civil como voluntario de usuarios de un centro para la realización de voluntariado en otro de la propia entidad, donde se hablara de grupos de trabajo que impactaran en los objetivos de centro, etc. Volviendo a la fecha actual ¿estas cuestiones serían aceptadas por la totalidad de las plantillas de la institución, serían aceptadas en la totalidad de la red de atención a persona con un problema de Salud Mental, serían aceptadas en toda la comunidad, en toda la sociedad?

Es fácil caer en contradicciones. Realizar voluntariado social implica el cumplimiento de normas y procedimientos que incluyen requisitos administrativos, legales, formativos, etc. pero ¿siempre los cumplimos cuando hablamos que tenemos usuarios voluntarios desarrollando tareas productivas en los dispositivos donde trabajamos? Cuando caminamos por un cumplimiento férreo de requisitos y salvaguarda de los principios éticos y deontológicos surgen experiencias altamente gratificantes, como por ejemplo el desarrollo de formación conjunta para profesionales, usuarios y voluntarios donde la riqueza de

reflexiones y visiones polivalentes construye espacios muy satisfactorios para los participantes y una herramienta muy potente para la reducción de estereotipos. Así, en los últimos años pueden destacarse la construcción de un material en materia de Modelo de Recuperación, intervención psicosocial y adaptación del material para familiares del programa EDUCA-ESQ para las personas voluntarias, con apertura y colaboración por parte de la autora, profesional de LRHP.

Desarrollo

A la luz del impulso del equipo humano de la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES se constituyó un equipo de trabajo para el impulso de los objetivos en materia de voluntariado en Salud Mental del III Plan de Salud Mental de Extremadura. Con un modelo a seguir como era el VOLUCPALEX¹, que se había labrado un camino en territorios asistenciales no menos complejos como es el ámbito de los cuidados paliativos, aunando entidades con diferentes estructuras, fines y valores, pero con objetivos convergentes.

Sentados a la mesa técnicos de la Subdirección de Salud Mental, de la Plataforma del Voluntariado de Extremadura, de FEFES Salud Mental Extremadura y del CRPS de Badajoz, comenzamos a trabajar la misión, visión y valores de la nueva red de voluntarios. ¿Primer punto de encuentro? El voluntariado es un motor para la lucha contra estereotipos atribuidos a las personas con un problema de salud mental.

¹ Es una red de entidades para dar servicios y atención voluntaria coordinada con los profesionales especializados a las personas que necesitan cuidados paliativos. Se puede ver más en: <https://volured.com/redvolucpalex/> (Recuperado en junio, 2019).

Desde ahí, la identificación de:

- Principios orientadores: valores, compromiso, ética y trabajo en red.
- Unos fines: visibilización de la realidad de las personas con una enfermedad mental y el acompañamiento en el proceso de recuperación de las personas con un problema de Salud Mental y apoyo a sus familias.
- Unas metas: favorecer el compromiso social y establecer y facilitar cauces para la participación y promover el desempeño de roles productivos a las personas con una afectación importante por un problema de salud Mental.

Teniendo claro una realidad, las personas atendidas en los centros de la red pública de Salud Mental reciben una atención integral y completa, tanto por parte de los técnicos como por parte del voluntariado a través de los dispositivos que vienen trabajando históricamente con esa perspectiva y servicio, pero ¿qué ocurre con aquél que no llega a la red, que se descuelga de dispositivos, que finaliza proceso, que los centros donde son atendidos no cuentan con figuras de voluntariado social? Así, esta red nace para que la figura del voluntariado social crezca y se desarrolle en los dispositivos de la red y desde ahí apostar por apoyos en los contextos naturales para la persona, construyendo una red común de voluntarios con estructura desde un convenio común y formación mínima consensuada.

Los primeros proyectos de este grupo de trabajo han sido:

- Grabación de videos que difunden la filosofía de este proyecto². En él participaron, en todas sus fases, personas pertenecientes a los centros de LRHP Badajoz, tanto desde un plano profesional, como voluntariado social o como usuario con experiencia voluntaria en entidades del entorno.
- Elaboración de tríptico informativo para la difusión del proyecto³.
- Formación de sensibilización: orientado a toda la red de Salud Mental de Extremadura, se desarrolló el curso “Voluntariado en Salud Mental”, con papel en la organización, desarrollo y evaluación. Con un total de 50 participantes e inscripciones que quedaron en reserva. Con un rol activo tanto en la programación, elaboración de contenidos, como en las ponencias y alumnado.

Tras todo lo anterior y encontrando los puntos de encuentro, los siguientes esfuerzos fueron orientados a la formalización del convenio entre la Consejería de Salud y Políticas Sociales, la Plataforma del Voluntariado, Hermanas Hospitalarias y el resto de las entidades miembro, firmándose en febrero de 2019 e impacto en los medios de comunicación.

Posteriormente los pasos han ido encaminados a la presentación en el Consejo Regional de Salud Mental de Extremadura, mostrando el análisis de situación del Voluntariado en Salud Mental de la región, además de comenzar la difusión entre los coordinadores de área y la implantación del modelo a través de experiencias piloto por diferentes Áreas de Salud de Extremadura.

² Los vídeos pueden verse desde el siguiente enlace: <https://saludextremadura.ses.es/smex/detalle-contenido-estructurado/297566> (Recuperado, junio 2019).

³ Pueden verse los dípticos creados por el grupo de trabajo en el siguiente enlace: <https://saludextremadura.ses.es/smex/detalle-contenido-estructurado/284852> (Recuperado junio, 2019).

Discusion

VOLUSMEX se ha constituido como un proyecto referente dentro y fuera de Extremadura, que desde el primer momento pone en valor dos roles impulsados desde los centros de LRHP en Badajoz desde hace tiempo:

- El voluntariado social como medio de lucha contra el estigma, abriendo las puertas de los centros a la comunidad y apoyándonos en valores sociales para multiplicar la labor en el contexto comunitario.
- El papel del voluntariado y los roles solidarios dentro de los procesos de recuperación de las personas usuarias, entroncando en el componente de apoyo entre pares, utilidad, hilván con valores y sensibilidades personales, rescatando partes sanas y promoviendo la visibilización de la realidad de las personas con experiencias en primera persona de un problema de salud mental. Más allá del rol de persona afectada y proyectándose en entidades del entorno, contribuyendo a la plena ciudadanía.

Este trabajo corrobora la importancia de imbricar esfuerzos con entidades diferentes, recursos y dispositivos dentro y fuera de la propia red de salud mental, encontrando metas comunes, compartiendo recursos y apostando por proyectos compartidos que visibilizan convergencias y nos alejan de las competencias, el aislamiento. Complementa y hace avanzar hacia red cada vez más tupida e inclusiva. En ese punto, y recogiendo el papel de los profesionales del Trabajo Social, se constituyen como una disciplina preparada para pivotar entre el dispositivo y el resto de la comunidad, por formación, predisposición al trabajo interdisciplinar y al continuo diálogo con el entorno.

Perspectiva de futuro

VOLUSMEX avanza para dar respuesta a personas de la red, pero sin necesitar que el voluntario realice únicamente la labor para la entidad que le acoge, forma y acompaña. En este sentido, múltiples son las casuísticas e interrogantes, trabajo pendiente y búsqueda de soluciones a la que nos enfrentamos.

La verdadera necesidad a dar respuesta está en la soledad, principal pandemia de los próximos años en el mundo occidental para la población general pero que la persona con enfermedad mental ya sufre en nuestros días. Llegar a poblaciones remotas en la provincia más extensa de España, como son las extremeñas, y con tasas de población menores, supone un reto el acercamiento al ámbito rural, llenando de humanidad los vacíos de la España que se desangra poblacionalmente.

Por otro lado, los modelos de mentoring se colocan como metas de futuro, huyendo de la duplicidad de la “prestación de servicio”, de la reproducción del modelo profesional y avanzando hacia un acompañamiento desde los afectos, desde la genuinidad de cada interacción y desde una construcción verdaderamente horizontal de nuevos modos de relación. Destacando y recordando que no sólo es esa visión del voluntariado social, también ese rol del usuario voluntario, con el poder terapéutico e impacto, en primera persona y en la persona receptora, que esto supone.

Y si por el texto aparecía antes “La Guerra de las Galaxias”, acabemos con una frase del Maestro Yoda: “Siempre en movimiento está el futuro.”

Referencias

1. Alfaro ME. La formación del voluntariado social. Plataforma para la promoción del Voluntariado en España; 1990.
2. Badallo Carbajosa A, García-Arias S, Yélamos L. La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2013; 33(120): 737-747.
3. Belloso Ropero J J, García Albea E, De Prado E. Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2000.; 20(73): 23-40.
4. Casas E, Escandell M J, Ribas M, Ochoa S. Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2010; 30(1): 25-47.
5. Catalina PF. Estudio de eficacia de un programa de intervención psicosocial en la prevención o reducción de la sobrecarga del cuidador del paciente con trastorno de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid; 2016.
6. Consejería de Sanidad y Consumo. DECRETO 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura. DOE No61. 2006. Disponible en: <http://doe.gobex.es/pdfs/doe/2006/610o/06040100.pdf>
7. Colectivo IOE. Participación ciudadana y voluntariado social. Madrid, EFFOSS-Ayuntamiento de Madrid (inédito); 1989.
8. Deegan PE. *Recovery: the lived experience of rehabilitation*. Arlington, National Alliance on Mental Illness; 1988.
9. Delfa AI, Chamorro L, Mogollón C. Grupo de trabajo junto con usuarios: incorporación directa de usuarios en la gestión de centros. *Informaciones psiquiátricas* 2012; (210): 415-428.
10. Delfa A, Mogollón C. Intervención junto con la familia en el centro de rehabilitación psicosocial de Badajoz. *Informaciones psiquiátricas* 2010; (201): 301-316.
11. Delfa A, Mogollón C. Salud mental y programa de servicio de ayuda a domicilio de los servicios sociales de base. Pivotando sobre la rehabilitación. *Informaciones psiquiátricas* 2013; (214): 455-474.
12. Deusdad B. El respeto a la identidad como una forma de inclusión social: interculturalidad y voluntariado social. *Educatio siglo XXI* 2013; 31(1): 89-104.
13. Florit A. La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología* 2006; 24(1-3): 223-244.
14. Gallego VM, Cabrero GR. El voluntariado: prácticas sociales e impactos económicos. *Revista del Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales* 2001; 1.

15. Gómez- Gil C. Las ONG en España: De la apariencia a la realidad. Madrid, Paz; 2005.
16. González- Cases J, Rodríguez- González A. Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud* 2010; 21(3): 319-332.
17. Guinea- Roca R. Rehabilitación psicosocial: una teoría, una práctica, una ética. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1998; 18(65): 151-164.
18. Guinea- Roca R. Breve recorrido por la historia de la Rehabilitación Psicosocial en España. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 2007; 7(2): 135-145.
19. Ley 1/1998, de 5 de febrero, reguladora del voluntariado social en Extremadura. Junta de Extremadura. Disponible en: <http://doe.gobex.es/pdfs/doe/1998/290o/98010005.pdf>
20. López-Cabanas M, Chacón F. Intervención psicosocial y servicios sociales. Madrid, Síntesis Editorial; 1998.
21. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2007; 27(1): 187-223.
22. Marco M, Tomás E. La investigación en y para la intervención social: la aplicación al Trabajo Social. En M. Miranda, *Aportaciones al Trabajo Social* (págs. 223-247). Zaragoza, Prensas de la Universidad de Zaragoza; 2013.
23. Martín B, Torres I, Casado M et al. III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020. Mérida, Junta de Extremadura; 2017.
24. Menéndez C, Del Olmo Romero-Nieva F. Arteterapia o intervención terapéutica desde el arte en rehabilitación psicosocial. *Informaciones psiquiátricas* 2010; 201(3): 367-380.
25. Mogollón C, Delfa AI. Investigación Low-cost en materia de percepción de la población general de la impredecibilidad emocional de las personas con enfermedad mental. *Informaciones psiquiátricas* 2015; (222):43-50.
26. Mogollón C, Delfa A. Percepción de la impredecibilidad emocional de las personas con trastornos mentales graves, investigación como antesala en la intervención social. *Trabajo social y salud* 2015; (82): 59-68.
27. Moreno J, Sánchez-Oro M et al. Estudio sociológico del voluntariado en Extremadura. Badajoz, Plataforma para la Promoción del Voluntariado de Badajoz; 1999.
28. Olabuénaga J I R. El voluntariado en España. *Documentación social* 2001; (122): 67-84.
29. Roca J G. Solidaridad y voluntariado (Vol. 12). Editorial Sal Terrae; 1994.
30. Rodríguez A. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid, Pirámide; 1997.
31. Rodríguez MF, Mora PG, Iglesias OB. El teatro como instrumento terapéutico en

- la rehabilitación psicosocial. Norte de salud mental 2013; 11(46): 82-88.
32. Ruiz M, Benítez Y, Subdirección de Salud Mental del Servicio Extremeño de Salud. Análisis de la situación del voluntariado en Salud Mental en Extremadura; 2019.
33. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Hacer de la recuperación una realidad. Servicio Andaluz de Salud; 2008
34. Simón- Expósito M, Anseán- Ramos A, Elvira- Peña L, Cabrera- Herrera A. Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012. Mérida, Junta de Extremadura; 2007
35. Tapia FM, Castro WL, Aguilera JMM. Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión. Salud mental 2013; 36(2): 159-165.
36. Uriarte JJU. Psiquiatría y Rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave. Rev Cuad Psiquiatr Comunitaria 2007; 2: 87-101.
37. Uriarte-Uriarte JJ, Vallespí-Cantabrana A. Reflexiones en torno al modelo de recuperación. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2017; 37(131): 241-256.
38. Villarroya A A. Asociacionismo, ciudadanía y bienestar social. Papers: revista de sociología 2004; (74): 85-110.
39. Yubero S, Larrañaga- Rubio M E. Concepción del voluntariado desde la perspectiva motivacional: conducta de ayuda vs. Altruismo; 2002.

ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LA GUÍA DE PLANIFICACIÓN DE CONSULTA EN SALUD MENTAL

Santiago Mañero Sanchez

Monitor Ocupacional.

Programa de Apoyo Sostenido Cáceres, Hermanas Hospitalarias, Cáceres. Centro concertado con el Servicio Extremeño de Salud (SES).

Ana Belen Roncero Merino

Psicóloga.

Coordinadora Técnica Centro de Rehabilitación Psicosocial y Programa de Apoyo sostenido Cáceres, Hermanas Hospitalarias, Cáceres. Centro concertado con el Servicio Extremeño de Salud (SES).

Susana Martin Mora

Psicóloga.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Cáceres, Hermanas Hospitalarias, Cáceres. Centro concertado con el Servicio Extremeño de Salud (SES).

Belen Muñoz Trenado

Psicóloga.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Cáceres, Hermanas Hospitalarias, Cáceres. Centro concertado con el Servicio Extremeño de Salud (SES).

Patricia Rebollo Seco

Terapeuta Ocupacional.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Cáceres, Hermanas Hospitalarias, Cáceres. Centro concertado con el Servicio Extremeño de Salud (SES).

Resumen

El objetivo de esta investigación consiste en analizar la efectividad de la Guía de Planificación de Consulta en Salud Mental (GPCSM) para personas tanto con diagnóstico de esquizofrenia como de trastorno bipolar y comprobar si mejora su comunicación, su insight, su actitud hacia la medicación, la presencia e intensidad de efectos secundarios, el bienestar subjetivo ante la toma de neurolépticos y el funcionamiento global de las personas con TMG. La muestra está compuesta por 45 sujetos, divididos en tres grupos aleatorizados: Grupo Experimental 1

(GE1), Grupo Experimental 2 (GE2) y Grupo Control (GC). A pesar de que no se observaron mejoras significativas en cinco variables, si se observan efectos significativos en el insight aumentando tanto en el GE1 como en el GE2 frente al grupo control. Por tanto, la GPCSM es una herramienta de apoyo de fácil uso para el usuario facilitando la adherencia al tratamiento dentro de nuestra intervención en rehabilitación psicosocial.

Palabras clave: Rehabilitación, conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, trastorno mental grave, consulta en salud mental.

Abstract

The objective of this research is to analyze the effectiveness of the Mental Health Consultation Planning Guide (GPCSM) for people with both a diagnosis of schizophrenia and bipolar disorder and to check if it improves their communication, their insight, their attitude towards medication, the presence and intensity of side effects, subjective well-being in the taking of neuroleptics and the overall functioning of people with TMG. The sample is composed of 45 subjects, divided into three randomized groups: Experimental Group 1 (GE1), Experimental Group 2 (GE2) and Control Group (GC). Although there were no significant improvements in five variables, if significant effects are observed in the insight increasing in both GE1 and GE2 compared to the control group. Therefore, GPCSM is an easy-to-use support tool for the user, facilitating adherence to treatment within our intervention in psychosocial rehabilitation.

Key words: Rehabilitation, insight, treatment adherence, severe mental disorder, mental health consultation.

Introducción

El incumplimiento del tratamiento farmacológico es un hecho muy frecuente en la esquizofrenia, ascendiendo el coste, tan solo en Estados Unidos, a 300.000 millones de dólares al año¹. En el estudio CATIE (Ensayos clínicos sobre la eficacia de los tratamientos antipsicóticos) el 74% de los pacientes dejaron de tomar la medicación a lo largo de los 18 meses de seguimiento². La mayoría de los estudios en pacientes con esquizofrenia sitúan el nivel de incumplimiento terapéutico alrededor de un 50%. Aproximadamente un 25% de los pacientes con esquizofrenia abandonan el tratamiento en los primeros 7-10 días tras el alta hospitalaria; un 50% durante el primer año, y hasta un 75% durante el segundo año incumplen su régimen de tratamiento³. Oehl y otros apuntan a que dos tercios de los pacientes con esquizofrenia no toman la medicación tal como se le prescribe, siendo lo más frecuente un cumplimiento parcial de la pauta farmacológica (abandonos puntuales, olvidos de tomas, fines de semana, etc.)⁴. Por su parte, en el trastorno bipolar, el mal cumplimiento también es un problema frecuente y supone la principal causa de recaída. Uno de cada tres pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar deja de tomar al menos un 30% de la medicación prescrita⁵.

En relación a la adherencia al tratamiento hay una serie de factores asociados que según los autores podemos agruparlos de distintas formas. Abelleira apunta 13 factores que clasifica en estos grupos: 1) factores relacionados con el paciente y la enfermedad; 2) factores relacionados con el tratamiento prescrito; 3) factores relacionados con el profesional y el sistema sanitario y 4) factores familiares y sociales. De todos estos factores nos interesa señalar algunos. En

primer lugar, el insight, el cual se relaciona con la no adherencia al tratamiento, apareciendo en muchos estudios como la principal causa de abandono del tratamiento psicofarmacológico⁶. En segundo lugar, los efectos secundarios de la medicación antipsicótica, Perkins señala que la mayor parte de los estudios demuestran que los efectos secundarios de la medicación antipsicótica disminuyen el cumplimiento⁷. El tercer factor sería la relación entre el profesional y el usuario, hay estudios como el de Chang y otros donde concluyen como influye la alianza terapéutica en la adherencia al tratamiento⁸. Y, por último, la falta de información adecuada y comprensible para el usuario acerca de la información y su tratamiento se ha relacionado con el incumplimiento. Las intervenciones orientadas a adquirir conocimiento sobre la enfermedad y cómo prevenir recaídas son una parte importante de los programas de rehabilitación, siendo fundamentales en aquellos sujetos con un alto riesgo de recaídas⁹.

Las personas atendidas por lo general no comunican a los profesionales sus intenciones con respecto a la toma de medicación ni tampoco existe un método estandarizado, validado y fiable para pronosticar la adherencia al tratamiento. El insight (entendido como la capacidad del paciente para reconocer que padece una enfermedad mental, y la habilidad para su auto-observación y autoconocimiento respecto a las experiencias psicopatológicas, así como la conciencia del tipo, severidad y consecuencias¹⁰); y la actitud hacia la medicación (entendida como las respuestas subjetivas negativas y/o desagradables que comúnmente se presentan ante el consumo de medicamento antipsicóticos) constituyen dos factores claves con respecto a la adherencia al tratamiento¹¹ que según la Organización Mundial de la Salud la considera como el grado en que el comportamiento

de una persona al tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria¹². En segundo lugar, Beck en un estudio de 150 pacientes, concluyó que las intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación pueden ser más eficaces si se centran en las actitudes relacionadas con el tratamiento¹³.

Tras más de 620 historias clínicas en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) y en el Programa de Apoyo Sostenido (PAS) de Cáceres concertado con el Servicio Extremeño de Salud (SES) y gestionado por las Hermanas Hospitalarias dedicado a personas con Trastorno Mental Grave se observan dificultades a la hora de hacer una gestión eficaz de las consultas de Salud Mental. El objetivo de esta investigación consiste en mejorar la transmisión de información relevante por parte del usuario y con ello una mejor gestión de la consulta de Salud Mental mediante el entrenamiento en el uso de la "Guía de Planificación de Consulta en Salud Mental" (GPCSM). La GPCSM es una guía de 14 ítems dividida en 4 áreas (síntomas, medicación, ocupación y sociofamiliar) de rápida y fácil lectura a la que el usuario puede recurrir para preparar la consulta de salud mental.

Figura 1. Guía de Planificación de Consulta de Salud Mental

SÍNTOMAS

1. ¿Observo o me observan: cambios de humor, intensa tristeza o alegría, ansiedad o nerviosismo continuo? ¿Me cuesta sentir y/o hago más actividades de lo normal?
2. ¿Desconfío con frecuencia de los demás? ¿Siento que hablan o se ríen de mí?
3. ¿Me siento observado por los demás? ¿Oigo voces o tengo sensaciones extrañas?
4. ¿Me resulta difícil pensar, expresarme o concentrarme? ¿Tengo muchos pensamientos simultáneos?

MEDICACIÓN

1. ¿Es efectiva la medicación (reduce los síntomas)?
2. ¿Qué efectos terapéuticos percibo?
3. ¿Noto molestias musculares, somnolencia, aumento de peso, acatisia, visión borrosa, exceso de salivación o sequedad en la boca, menstruación irregular, dificultades sexuales u otro efecto secundario?
4. ¿Sigo correctamente las pautas de medicación?

OCUPACIÓN

1. ¿Cómo es mi día a día?
2. ¿Cuido mis hábitos (horarios, alimentación, sueño, ejercicio, ocupación significativa, ocio, etc.)?
3. ¿Por qué he dejado de cuidar mis hábitos?

SOCIOFAMILIAR

1. ¿Cuento con personas de apoyo (familia, amigos, etc.)?
2. ¿Me siento cómodo con otras personas (familia, conocidos, desconocidos, etc.)?
3. ¿Cuendo estoy con otras personas me siento nervioso/a, bloqueado/a mentalmente, con dificultades para comunicarme, tenso/a u otras sensaciones incómodas?

NO TE QUEDES CON DUDAS

¿Por qué me cambia el tratamiento?

¿Se puede modificar mi tratamiento?

¿Cómo afecta el café, el alcohol u otra sustancia a mi tratamiento?

¿Qué me pasa si me salto/olvido una toma? ¿Qué debo hacer?

RECOMIENDACIONES

Puede ser de ayuda acudir acompañado a las citas

GUÍA DE PLANIFICACIÓN DE CONSULTA EN SALUD MENTAL



Hermanas
Hospitalarias

LÍNEA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
CÁCERES

En un principio la guía trata de facilitar el desempeño comunicacional de los usuarios como elemento de apoyo. Wolfgang subraya la importancia clave de dos factores para asegurar la conducta de cumplimiento óptimo. Los dos están basados en estrategias de comunicación, es decir, una buena relación entre el profesional clínico y el paciente y el proporcionar información adecuada¹⁴. En este sentido, la guía podría ser un instrumento que facilite la transmisión de la información adecuada de la persona con problema de salud mental de cara a la adherencia al tratamiento psicofarmacológico.

Por otra parte, además de la efectividad percibida por los sujetos respecto a la comunicación durante las consultas de Salud Mental, el estudio también pretende analizar si en caso de producirse una comunicación más efectiva, esta se relaciona con cambios en variables claves como el insight y la actitud hacia la medicación, así como, en otras variables asociadas como la presencia e intensidad de efectos secundarios asociados al tratamiento, el bienestar subjetivo ante la toma de neurolépticos y el funcionamiento global.

El objetivo fundamental de esta investigación consiste en conocer si el entrenamiento en el uso de la GPCSM se relaciona con una transmisión de información relevante más efectiva entre el paciente y el psiquiatra. Y por otra parte los objetivos secundarios se relacionan con una mejora en el bienestar subjetivo ante la toma de neurolépticos, el insight, la actitud hacia la medicación, la presencia e intensidad de efectos secundarios, y el funcionamiento global de las personas con TMG.

Material y métodos

En este estudio se distingue una hipótesis principal y cinco hipótesis secundarias. La hipótesis principal consiste en que tras la aplicación de la intervención, los usuarios incluidos en el grupo experimental 1 (GE1), es decir, personas que han recibido una formación en el uso de la guía (en dos sesiones grupales) y han preparado las citas con su psicóloga durante 6 meses con la GPCSM, valorarán de forma más efectiva su comunicación durante las consultas de Salud Mental, en comparación con los sujetos del grupo experimental 2 (GE2) los cuáles sólo han recibido una formación sobre el uso de la guía y del grupo control (GC) que sigue el tratamiento habitual. Y para el resto de hipótesis, los usuarios pertenecientes al GE1 presentarán un nivel de insight, de actitud hacia la medicación, bienestar subjetivo con neurolépticos y de funcionamiento global significativamente mayor a los sujetos del GE2 y del GC, una vez aplicada la intervención. Finalmente, los usuarios del GE1 experimentarán un número significativamente menor de efectos secundarios que los experimentados en el caso de los sujetos del GE2 y del GC.

Participantes

Para probar estas hipótesis se evaluaron 45 sujetos, con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar. Los participantes tenían entre 22 y 62 años. La muestra pertenece al Centro de Rehabilitación Psicosocial y al Programa de Apoyo Sostenido de Cáceres.

Variables

Además de las variables sociodemográficas (sexo y edad) y las variables clínicas (frecuencia de consultas de Salud Mental, prescripción farmacológica, números de ingresos hospitalarios y número de revisiones de la medicación), se midió la valoración subjetiva de la efectividad de la comunicación durante las consultas de Salud Mental, el insight, la actitud hacia la medicación, los efectos secundarios, el bienestar subjetivo ante la toma de neurolépticos y el funcionamiento global (grado de ajuste y adecuado desempeño en la vida cotidiana).

Instrumentos

Las pruebas utilizadas son la Valoración Subjetiva de la Eficacia de la Comunicación durante las Consultas de Salud Mental medida por un cuestionario de elaboración propia que consta de una pregunta a responder empleando una escala tipo Likert de 7 niveles. El Insight se ha medido con la Escala de Evaluación del Insight (*Scale Unawareness of Mental Disorders, SUMD*), versión adaptada al español. Es una escala que evalúa la conciencia de enfermedad de forma multidimensional mediante una entrevista estructurada. Se ha utilizado una versión breve que consiste en una evaluación global de la conciencia de enfermedad mediante tres ítems: conciencia de padecer una enfermedad mental, de los efectos de la medicación y de las consecuencias sociales de la enfermedad mental¹⁵. La Actitud Hacia la Medicación fue medida sirviéndose del Inventario de Actitudes al Medicamento (*Drug Attitude Inventory, DAI*) versión en español. Se trata de un instrumento autoaplicado, de fácil uso, que permite explorar las respuestas sub-

jetivas negativas y/o desagradables que comúnmente se presentan ante el consumo de medicamento antipsicóticos. En este estudio se usó la versión breve de 10 ítems¹⁶. La Presencia e Intensidad de Efectos Secundarios fue medida por un cuestionario de elaboración propia que consiste en un listado de posibles efectos secundarios donde se señala la frecuencia en la que lo hacen empleando una escala tipo Likert de 7 niveles. El Bienestar Subjetivo con la Medicación Neuroléptica fue medido empleando la Escala del Bienestar Subjetivo con Neurolépticos (*Subjective Well-Being under Neuroleptic Scale; SWN-K*). Se ha usado la versión abreviada para evaluar el bienestar subjetivo de los pacientes tratados con neurolépticos, sin centrarse específicamente en los efectos secundarios del tratamiento ni en la intensidad de los síntomas¹⁷. Por último, el Funcionamiento Global ha sido medido sirviéndose de la Escala de Evaluación del Funcionamiento Global¹⁸. Esta escala evalúa el funcionamiento psicológico, social y laboral a lo largo de un hipotético continuo de salud-enfermedad. Consta de un único ítem puntuado del 1 al 100.

Procedimiento

La medición de la valoración subjetiva de la eficacia de la comunicación, la actitud hacia la medicación, los efectos secundarios y el bienestar subjetivo ante la toma de neurolépticos las llevó a cabo una evaluadora ciega (psiquiatra en rotación por el dispositivo que desconocía los objetivos y la hipótesis de la investigación). Por otra parte, tres psicólogas del CRPS y una Terapeuta Ocupacional del PAS evaluaron interjueces el insight y el funcionamiento global evitando así sesgos de información. Por último, el analista de datos también era ciego y ajeno a la investigación.

En esta investigación se asignaron aleatoriamente a los sujetos en 3 grupos con un software libre llamado *R* (versión 3.2.3). El primero de estos grupos, fue el GE1 con 16 sujetos, al cual se le sometió a un entrenamiento grupal de dos sesiones en el uso y manejo de la GPCSM. Además, de forma protocolaria, antes de todas las citas de Salud Mental la psicóloga de referencia planificó con el sujeto dichas consultas empleando la citada guía. El GE2 con 15 sujetos también se sometió a un entrenamiento grupal de dos sesiones en el uso y manejo de la GPCSM, sin embargo, a diferencia del GE1, no se entrenó con la guía durante la planificación de las consultas de Salud Mental. Por último, el GC con 14 sujetos siguió el tratamiento habitual.

Por tanto, hubo una pre-evaluación y se ejecutó el tratamiento psicoeducativo de dos sesiones a los sujetos de los GE1 y GE2. Al finalizar dicho entrenamiento, se llevó a cabo una evaluación postratamiento en el caso de los tres grupos. Y por último, pasados seis meses, se llevó a cabo una evaluación de seguimiento.

El tratamiento se dividió en dos sesiones. Los objetivos de la primera sesión consistieron en justificar la necesidad de la GPCSM como herramienta de apoyo para facilitar la comunicación del paciente en las citas de Salud Mental; y, en segundo lugar, motivar hacia el uso de la misma. Mientras que los objetivos de la segunda sesión fueron reflexionar sobre los ítems de la GPCSM y analizar cuándo hay que preparar la consulta y cómo hacer uso de la guía.

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa de Microsoft Office Excel 2007 para Windows. Tras comprobar que las

muestras estaban distribuidas con normalidad y con varianzas iguales, se hicieron análisis de varianza (ANOVA) entre los grupos post y pre de cada variable así como de los grupos de seguimiento y pre. Cuando se obtuvieron diferencias significativas en esta ANOVA, se hicieron comparaciones de medias mediante la prueba *t* de Student entre pares de grupo para comprobar qué grupo era significativo pasando la corrección de Bonferroni. Además se analizó el tamaño del efecto (*d* de Cohen) de todas las comparativas de pares de grupos.

Resultados

Para analizar si en este estudio piloto hay diferencias significativas entre grupos se ha ajustado al modelo ANOVA donde se comparan los tres grupos para cada variable. Además, para estimar la magnitud de las posibles diferencias se han calculado los tamaños del efecto entre cada par de grupos.

En relación al análisis entre los grupos de seguimiento y pretest se observan diferencias significativas en la variable insight (*p* valor = 0,010) y no en el resto de las variables (comunicación, actitud hacia la medicación, presencia e intensidad de efectos secundarios, bienestar subjetivo y funcionamiento global). Debido a las diferencias entre las medias en la puntuación total del SUMD que muestra un aumento significativo entre las condiciones pre tratamiento y seguimiento, se procedió a analizar por separado estas diferencias para cada uno de los grupos (véase Tabla I) mediante la prueba *t* de Student observándose diferencias significativas entre el GC y el GE1 (*p* valor = 0,004) y el GC y el GE2 (*p* valor = 0,012) cumpliendo la corrección de Bonferroni, es decir, por debajo de un *p*-valor inferior de 0.017. Tam-

bién se calculó el tamaño del efecto en todas las variables donde se observa un efecto moderado (excepto en Bienestar Subjetivo) e incluso un efecto alto en Presencia de Efectos Secundarios (véase la Tabla II).

Tabla 1. Comparación de medias en el grupo de seguimiento

Grupos	Sig. (p)	Tamaño del efecto (d)
CONTROL - GE1	0.004*	0.76
CONTROL - GE2	0.012*	0.65
GE1-GE2	0.277	0.2

p <0.05 *Diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 2. Análisis del grupo Pretest vs. Seguimiento

Variable	Medida	Sig. (p)	Tamaño del efecto (d)
Comunicación	VSEC	0.972	0.55
Insight	SUMD	0.010*	0.45
Actitud hacia la medicación	DAI	0.965	0.53
Presencia de Efectos Secundarios	PES	0.895	0.85
Intensidad de Efectos Secundarios	IES	0.115	0.52
Bienestar Subjetivo	SWNK	0.5	0.05
Funcionamiento Global	EEFG	0.289	0.65

p <0.05 *Diferencias estadísticamente significativas.

Por otra parte, en el análisis entre los grupos pre-test y post-test no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, además el tamaño del efecto es bajo en las siete variables (véase Tabla III).

Discusión

Según los resultados del presente estudio existen diferencias significativas entre las medidas de seguimiento y la medida pretest en la variable del insight (p valor = 0.010). Por el contrario, no se observan diferencias significativas entre las medidas pretest y la medidas postest en ninguna de las variables estudiadas tal como se refleja en la tabla III ni tampoco el tamaño del efecto es lo suficientemente alto como para tomar algún tipo de conclusión. Que no existiesen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de postest y pretest puede deberse a que el entrenamiento grupal en el uso y manejo de la GPCSM no tiene efecto, al menos en dos sesiones, en una semana de tratamiento y con esta muestra. Por el contrario, dos sesiones grupales más el uso continuado de la GPCSM durante seis meses sí obtuvo significación en relación a la conciencia de enfermedad.

Las diferencias obtenidas respecto a la comparación entre el GE1, el GE2 y el GC están en consonancia con los efectos obtenidos por diferentes tratamientos empleados: 1) dos sesiones grupales de entrenamiento de cómo hacer uso de la GPCSM, uso y entrenamiento de la GPCSM con psicóloga de forma individual antes de las citas con su psiquiatra; 2) dos sesiones grupales de entrenamiento de cómo hacer uso de la GPCSM, acceso a la GPCSM pero sin entrenamiento individual con la psicóloga antes de la cita con su psiquiatra y 3) sólo el tratamiento

habitual en rehabilitación. Tanto el GE1 como el GE2 tienen diferencias significativas en comparación con el GC que usó el tratamiento habitual. Tales diferencias del tratamiento podrían reflejarse también en los resultados ya que tanto el p valor como el tamaño del efecto son ligeramente más significativos en el grupo que entrenó la GPCSM con la psicóloga de forma individual. En el GE1 se obtuvo un p valor de 0,004 frente 0,012 del GE2, mientras que el tamaño del efecto también fue mayor en el primer grupo experimental que en el segundo (0,76 frente 0,65). En este sentido, se observa que el tener acceso a la GPCSM ha sido efectivo, y si además, se realiza un entrenamiento individual con la GPCSM previo a las citas con el psiquiatra, el efecto es ligeramente más significativo.

Los resultados obtenidos en este estudio deben tomarse con precaución, ya que, en primer lugar, sería necesario ampliar el número de la muestra para llegar a conclusiones más consistentes sobre el entrenamiento en el uso de la GPCSM. Dado que la muestra del presente estudio se caracterizó por una mayoría de sujetos con una amplia evolución de la enfermedad, un 73% llevan más de 5 años de evolución de la enfermedad (véase Tabla IV) y la media de la evolución de la enfermedad es de 13.1 años, realizar un nuevo estudio con personas que lleven poco tiempo en contacto con Servicios de Salud Mental y sin tratamientos previos en rehabilitación permitiría valorar con más precisión la influencia de la GPCSM en la actitud hacia la medicación, el bienestar subjetivo con neurolépticos, la presencia de efectos secundarios y el funcionamiento global. De manera que como la mayoría de nuestra muestra presenta una larga evolución de la enfermedad son menos sensibles a muchos efectos secundarios¹⁹.

Tabla 4. Características socioclínicas de la muestra

Características		N=45	%
Sexo del sujeto	Hombre	28	62.2
	Mujer	17	37.7
Media de edad		42	
Rango de edad de la muestra	<25	2	4.4
	25-35	11	24.4
	36-45	12	26.6
	>45	20	44.4
Media años de evolución de la enfermedad		13.1	
Rango de evolución de la enfermedad	<5	12	26.6
	5-10	3	6.6
	10-15	9	20
	15-20	11	24.4
	>20	10	22.2
Frecuencias de visitas al psiquiatra	1 mes	2	4.4
	3 meses	20	44.4
	6 meses	21	46.6
	1 año	2	4.4
Tipos de fármacos	Antipsicóticos	40	88.8
	Antidepresivos	19	42.2
	Ansiolíticos	31	68.8
	Eutimizante	19	42.2
	Antiparkinsoniano	4	8.8
	Hipnóticos	4	8.8

.../...

.../...

Características		N=45	%
	Agente neurotónico	1	2.2
	Beta bloqueante	2	4.4
Ingresos previos antes de Rehabilitación	0	7	15.5
	1	10	22.2
	2-5	18	40
	5-10	5	11.1
	>10	5	11.1
Ingresos desde que iniciaron Rehabilitación	0	36	80
	1	7	15.5
	2-10	2	4.4
Ingresos en los 2 últimos años	0	26	57.7
	1	13	28.8
	2-10	5	11.1
	>10	1	2.2
Conocimiento de la medicación actual	Sí	42	93.3
	No	3	6.6
Hábito de las pautas de medicación	Nunca	0	0
	Casi nunca	0	0
	Pocas veces	1	2.2
	A veces	1	2.2
	Con frecuencia	2	4.4
	Casi siempre	10	22.2
	Siempre	31	68.8

Otras limitaciones de este estudio son los instrumentos de medida y las muertes experimentales en la última medida en la fase de seguimiento. La limitación de los instrumentos de medidas es debida a que en la literatura científica no encontramos ningún instrumento para medir las variables de comunicación y efectos secundarios. Por tanto, dos instrumentos de medida no están validados porque son de elaboración propia: Valoración Subjetiva de la Eficacia de la Comunicación durante las Consultas de Salud Mental y la Presencia e Intensidad de Efectos Secundarios. En concreto, validar esta última escala podría ser interesante para futuras investigaciones. También otra limitación de nuestro estudio son las cuatro muertes experimentales en la fase de seguimiento, una persona fue dada de alta, otra de ellas decide voluntariamente abandonar la investigación, y las dos restantes por inestabilidad clínica.

En conclusión, nuestros datos en este estudio piloto muestran que las personas con esquizofrenia y trastorno bipolar mejoran el insight usando la GPCSM. A pesar de no obtener resultados significativos en las otras variables, la GPCSM resulta efectiva aumentando el insight en los grupos experimentales GE1 y GE2. Por tanto, la GPCSM es una herramienta de apoyo de fácil uso para el usuario que facilita la adherencia al tratamiento dentro de nuestra intervención en rehabilitación psicosocial.

Referencias

1. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Falta de adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos: epidemiología, factores contribuyentes y estrategias de tratamiento. *World Psychiatry* 2013; 10(3):215-225. Available from: DOI 10.1002/wps.20060.
2. Lieberman JA, Scott Stroup T, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353:1209-1223. Available from: DOI: 10.1056/NEJMoa051688.
3. Abelleira C, Touriño R. Prevención de recaídas: Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento. *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid, FEARP. 2010: 97-109.
4. Oeh M, Hummer M, Fleischhacker WW. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 83-86.
5. Scoot J, Pope M. Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalization. *The American Journal of Psychiatry* 2002; 159(11):1927-1929. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.11.1927>.
6. Olfson M, Marcus SC, Wilk J et al. Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medication among persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006; 57:205-211. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.2.205>.
7. Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:1121-1128.
8. Chang DO, Roh D, Kim CH. Association between Therapeutic Alliance and Adherence in Outpatient Schizophrenia

- Patients. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience* 2019; 17(2):273-278. Available from: <https://doi.org/10.9758/cpn.2019.17.2.273>.
9. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Falta de adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos: epidemiología, factores contribuyentes y estrategias de tratamiento. *World Psychiatry* 2013; 10(3):215-225. Available from: DOI 10.1002/wps.20060.
 10. Abelleira C, Touriño R. Prevención de recaídas: Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento. *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid, FEARP 2010: 97-109.
 11. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Falta de adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos: epidemiología, factores contribuyentes y estrategias de tratamiento. *World Psychiatry* 2013; 10(3):215-225. Available from: DOI 10.1002/wps.20060.
 12. Sabaté, E. *Adherence to long-term therapies evidence for action*. Geneva, WHO; 2003.
 13. Beck E, Cavelti M, Kvrjic S., Leim B., Vauth R. Are we addressing the "right stuff" to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication. *Schizophrenia Research* 2011; 132: 42-49. Available from: DOI: 10.1016/j.schres.2011.07.019.
 14. Wolfgang FW. Adherencia / cumplimiento: un reto polifacético. *World Psychiatry* 2013; 10(3): 231-232.
 15. Ruiz AI, Pousa E, Duñó R, Crosas JM, Cuppa S, García-Ribera C. Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Españolas de Psiquiatría* 2008; 36 (2): 111-119.
 16. Robles García R, Salazar Alvarado V, Páez Agraz F, Ramírez Barreto F. Evaluación de actitudes al medicamento en pacientes con esquizofrénica: propiedades psicométricas de la versión en español del DAI. *Actas Esp Psiquitr* 2004; 32(3): 138-142.
 17. Sanjúan J, Haro JP, Mauriño J, Díez T, Ballesteros J. Validación de la versión en castellano de la Escala del Bienestar Subjetivo con Neurolépticos (SWN-K) en pacientes con esquizofrenia. *Medicina Clínica* 2012; 138(4):151-154. Available from: doi: 10.1016/j.med-cli.2011.02.031.
 18. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. López-Ibor Aliño JJ (ed). Barcelona, Masson; 1995: 32-34.
 19. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Falta de adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos: epidemiología, factores contribuyentes y estrategias de tratamiento. *World Psychiatry* 2013; 10(3):215-225. Available from: DOI 10.1002/wps.20060.

ANÁLISIS DE LA VARIABLE GÉNERO Y SU INFLUENCIA EN LA DERIVACIÓN A LOS RECURSOS DE ATENCIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

Maria Amores Gonzalez

Psicóloga.

Equipo de Apoyo Sociocomunitario Retiro, Hermanas Hospitalarias, Madrid. Centro concertado con la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid.

Paola Fernandez Catalina

Psicóloga.

Coordinadora Técnica Centro de Día y Equipo de Apoyo Sociocomunitario Vallecas, Hermanas Hospitalarias, Madrid. Centros concertados con la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid.

José Luís Arroyo Cifuentes

Psicólogo.

Director Técnico Línea de Rehabilitación Psicosocial, 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 Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid.

Carlos Rebolleda Gil

Psicólogo.

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Aranjuez, Hermanas Hospitalarias, Madrid. Centro concertado la red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid. Referente del Área de Investigación de la Línea de Rehabilitación Psicosocial.

Resumen

Como demuestran recientes estudios, el sesgo de género parece afectar a las derivaciones que se llevan a cabo en recursos tanto hospitalarios como de rehabilitación psicosocial comunitaria en el caso de las personas diagnosticadas de Trastorno Mental Grave, ya que los resultados obtenidos tienden a mostrar que éstos atienden al doble de hombres que de mujeres. Con el objetivo de indagar si este dato también se da en el caso de algunos de los recursos que gestiona la organización Hermanas Hospitalarias, se extraen los datos correspondientes a las derivaciones a cuatro de sus centros (Línea de Rehabilitación Psicosocial, Clínica San Miguel, Complejo Asistencial Benito Menni de Ciempozuelos y Complejo Asistencial de Málaga) desde el año 2012 hasta el 2018 desagregado por sexo dichos datos. Los resultados obtenidos muestran que el porcentaje de hombres derivados a los diferentes recursos analizados supera al de mujeres en buena parte de los recursos analizados, si bien, la diferencia previamente planteada, únicamente se daría en el caso de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) (31% vs 69%), siendo la productiva-laboral, un área especialmente atravesada por los mandatos de género. Dichos datos, a pesar de ser meramente descriptivos, pueden servir para, en primer lugar, hacer estudios de mayor envergadura de cara a comprobar este aspecto y, en segundo lugar, en caso de confirmarse, poner en marcha diferentes estrategias destinadas a disminuir la brecha de género.

Palabras clave: Trastorno mental grave, género, mujer, salud mental, recursos hospitalarios, recursos comunitarios.

Abstract

As recent studies show, gender bias seems to affect referrals that are carried out in both hospital and community psychosocial rehabilitation resources in the case of people diagnosed with Serious Mental Disorder, since the results obtained tend to show that these They serve twice as many men as women. With the objective of investigating whether this information is also given in the case of some of the resources managed by the Hermanas Hospitalarias organization, the data corresponding to the referrals to four of its centers (Línea de Rehabilitación Psicosocial, Clínica San Miguel, Complejo Asistencial Benito Menni de Ciempozuelos y Complejo Asistencial de Málaga) are extracted from 2012 to 2018 disaggregated by sex such data. The results obtained show that the percentage of men referred to the different resources analyzed exceeds that of women in a good part of the resources analyzed, although the difference previously raised would only occur in the case of the Centers for Labor Rehabilitation (CRL) (31% vs. 69%), being productive-labor, an area especially crossed by gender mandates. These data, despite being merely descriptive, can be used to, in the first place, carry out larger studies in order to verify this aspect and, secondly, if confirmed, implement different strategies aimed at reducing the gap of gender.

Key words: Serious mental disorder, gender, woman, mental health, hospital resources, community resources.

Introducción

El género es una categoría de análisis de la realidad al igual que lo es la etnia, la clase social, el nivel educativo, etc. Los estudios de género nos proporcionan un modo de análisis de la realidad basada en esta categoría. La noción de género surge a partir de la idea de que lo femenino y lo masculino no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones culturales (Amorós, 1995). El axioma central de la teoría de género, es que éste es una construcción social, y que conforma nuestra identidad y modos de comportamiento según unas normas establecidas (mandatos de género). El género son por lo tanto, *“todas las obligaciones, comportamientos, pensamientos, capacidades y hasta carácter que se ha exigido que tuvieran las mujeres por ser biológicamente mujeres”* (Varela, 2013).

El término género apareció por primera vez en 1968, por parte del psicólogo Robert Stoller en sus estudios sobre los trastornos de la identidad sexual, donde definió la “identidad de género”. Sin embargo, fue unos quince años antes cuando lo que entendemos hoy por género ya fue nombrado y definido por la filósofa Simone de Beauvoir en su libro *El segundo sexo* (1949), quien lo describió así: *“No se nace mujer, llega una a serlo”*. Es a partir de 1995, durante los trabajos preparatorios de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de las Naciones Unidas celebrada en Pekín cuando el término género se empezó a usar oficialmente como *“la forma en que todas las sociedades del mundo determinan las funciones, actitudes, valores y relaciones que conciernen al hombre y a la mujer”* (Declaración de Beijing, 1995)

La perspectiva de género, por tanto, es el marco teórico que señala que el género es un constructo social y que existe una relación de poder entre los géneros, privilegiando al

masculino como grupo social y subordinando el femenino, y que esa jerarquización tiene como consecuencias la desigualdad de poder, de oportunidades y de derechos (Gamba, 2008). Es el método de análisis social que ha permitido ver la ocupación del espacio, en todos los ámbitos, por parte del género masculino, provocando consciente o inconscientemente la invisibilidad y discriminación del femenino.

No obstante, este enfoque continúa siendo una asignatura pendiente en el ámbito de la salud mental. No se cumplen los estándares internacionales (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005) y esto perjudica la consecución del objetivo de igualdad de género, condicionando también el efectivo ejercicio de otros derechos fundamentales de la persona, en este caso, los derechos de la mitad de la población, las mujeres (Comisión Europea, 2008).

A este respecto, destaca por su relevancia el informe elaborado por Jill Astbury en el año 2001 a partir de una mesa de trabajo que tuvo lugar durante 54th World Health Assembly organizada por la Organización Mundial de la Salud. Dicho informe, denominado *“Diferencias de Género en Salud Mental”*, pone de manifiesto múltiples problemáticas a este nivel que, a pesar del tiempo transcurrido desde su elaboración, aún siguen encontrándose a día de hoy. Astbury (2001), en su informe, señala las siguientes conclusiones:

- Aunque las tasas de depresión varían notablemente entre países y se encuentran influidas por factores macrosociales, casi siempre se informa que la depresión es el doble en las mujeres en comparación con los hombres en diversas sociedades y contextos sociales.
- Las diferencias de género que se localizan en los patrones de ayuda para la búsqueda de tratamiento junto con claros estereoti-

pos en el diagnóstico, agravan las dificultades de identificación y tratamiento en el caso de las mujeres.

- Se prescriben más psicofármacos a las mujeres que a los hombres.
- Incluso cuando se presenta con síntomas idénticos, las mujeres son más propensas a ser diagnosticadas de depresión que los hombres y parecen tener menos probabilidades de, por ejemplo, ser diagnosticadas de adicción al alcohol.
- La comorbilidad que, a su vez, se asocia con mayor gravedad, mayores niveles de discapacidad y una mayor utilización de los servicios, es algo más diagnosticado en mujeres que en hombres. En este caso, la depresión y la ansiedad son los trastornos comórbidos más comunes.
- Reducir la sobrerepresentación de las mujeres con diagnóstico de depresión es algo que debe abordarse para disminuir la carga mundial causada por los trastornos mentales y conductuales. Esto requiere un enfoque intersectorial multinivel, una política de enfoque de salud pública y estrategias de reducción de factores de riesgo específicos de género.
- Los riesgos asociados al género son múltiples y están interconectados. Muchos provienen de la mayor pobreza, la discriminación y la desventaja socioeconómica. Cabe recordar que las mujeres constituyen alrededor del 70% de las personas que se sitúan por debajo del umbral de la pobreza a nivel mundial y están significativamente menos remuneradas que los hombres cuando desempeñan un trabajo. Las mujeres tienden a ocupar empleos más inseguros y de más bajo estatus en los que se ven sin autoridad para tomar decisiones. En estos empleos es más probable que se experimenten niveles más altos de eventos negativos, exista una mayor tenencia a la

vivienda insegura, se den más factores de estrés crónicos y un menor apoyo social. Dichos empleos llevan a fomentar la pasividad, la sumisión, la dependencia, el deber de asumir el cuidado incesante de los demás y el cuidado no remunerado doméstico y agrícola. Por lo tanto, es probable que los avances en el desarrollo de género que mejoren las condiciones laborales de las mujeres influirán en la salud mental de las mismas. Por último, cabe destacar que la globalización ha supuesto un aumento espectacular en cuanto a las diferencias de ingresos económicos entre hombres y mujeres.

- Otro aspecto fundamental que incide en los problemas de salud mental de las mujeres es el incremento de la trata sexual, algo que atenta de forma directa y muy grave sobre las mismas y sus derechos humanos
- La epidemia de violencia de género debe ser detenida. La gravedad y la duración de la exposición a la violencia son altamente predictivos respecto a la incidencia y gravedad de diferentes trastornos mentales. Las tasas de depresión que se localizan en la vida adulta son 3 a 4 veces más altas en las mujeres expuestas a abuso sexual infantil o a violencia de pareja. Tras una violación, casi 1 de cada 3 mujeres desarrollará Trastorno de Estrés Postraumático. Por lo tanto, es necesario mejorar la detección de este tipo de situaciones, contar con profesionales más formados, así como, una mayor y mejor accesibilidad de las víctimas a recursos especializados. El acceso a una vivienda segura y asequible es esencial para que las mujeres y los niños puedan escapar de dichas situaciones de violencia.
- Se señala la necesidad de investigar en mayor medida la relación entre violencia y comorbilidad en el caso de las mujeres.

- En definitiva, erradicar la desigualdad imperante todavía a día de hoy, tanto en los espacios privados (reparto de tareas y cuidados) como en los públicos (brecha salarial, representación en los órganos directivos y estamentos de poder...)

Trasladando el análisis a la actualidad y a la situación de las mujeres con trastorno mental grave, según un estudio llevado a cabo en el año 2014 por la Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEFES), titulado *Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de mujeres y hombres*, concluyen que los servicios y programas dirigidos directamente a personas con trastorno mental grave atienden al doble de hombres que de mujeres, persistiendo por lo tanto la discriminación hacia las mujeres con trastorno mental grave. Las razones que apuntan para este hecho, y que se complementan en este análisis, son:

- El rol tradicional femenino, que responde al estereotipo de género sobre la mujer, que la vincula al trabajo doméstico, del cuidado, y más concretamente al ámbito privado. El hombre encerrado en casa, en la esfera doméstica, choca frontalmente con el estereotipo masculino, que se corresponde con un rol activo, productivo, proveedor de recursos económicos y asentado en el espacio público y social.
- El papel de la familia, herramienta esencial para la socialización de género (Macedo y García, 2014). La familia reproduce el patrón según el cual es importante proteger a las mujeres de los peligros y amenazas que existen para ellas en el espacio público, como es la violencia sexual, facilitando y promoviendo que se queden en casa, a su resguardo. Esa cultura de la sobreprotección a la mujer como solución a la violencia que sufren las mujeres en la

comunidad es promovida por toda la sociedad cuando se lanzan mensajes de “*ten cuidado por dónde vas... con quién vas... y cómo vas*” a las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual. Esos mensajes responsabilizan a la víctima, promoviendo un comportamiento social inhibido y escaso. Estas actitudes se refuerzan ante mujeres más vulnerables, como las mujeres con trastorno mental grave.

- Asimismo, el papel de la familia está atravesado por la socialización de género. La madre ha sido durante mucho tiempo la figura principal y la responsable de la crianza y cuidado de los hijos e hijas (Macedo y García, 2014). Un cuidado sobre el que recae el mandato de género de ser madres sacrificadas, abnegadas y centradas sólo en el cuidado de la familia, más si cabe, si hay un hijo/a enfermo/a. Si una madre no cuida (entendiendo cuidar desde las formas que impone el mandato de género) a sus hijos/as, es probable que sea penalizada por la sociedad; una falta que sin embargo no se penaliza con la misma intensidad en el caso de la figura paterna.
- El escaso nivel de empoderamiento de las mujeres, especialmente de las mujeres con discapacidad y, en particular, de las mujeres con trastorno mental grave. Esa falta de autoconciencia de la identidad mujer les impide ser conscientes de las discriminaciones que sufren por el hecho de serlo y percibirse como sujeto de derechos.
- El hecho de que los recursos estén masculinizados puede provocar que estén diseñados para atender un patrón de necesidades masculino, y que además, si no se incluye la perspectiva de género, refuerce y perpetúe los estereotipos de género y los mandatos tradicionales (Amores, 2019). Esto tiene que ver, por ejemplo, con centrarse en el deporte como actividad de ocio esen-

cial, sobredimensionar lo productivo y lo laboral como factores exclusivos de éxito y relegar y/o minusvalorar los cuidados, lo relacional y lo emocional.

- La discriminación de género en sí misma, presente también en los centros de derivación que no dejan de ser un reflejo de la sociedad. Estos están formados por personas profesionales que no están exentas de tener su propia socialización de género, prejuicios, actitudes machistas y/o falta de formación en perspectiva de género; aspectos que pueden repercutir en no reparar en ver las necesidades específicas del género femenino, y no ver, ni reparar en su infrarrepresentación.

Por otro lado, la diferencia en el acceso a los servicios o recursos de empleo, y al propio empleo normalizado, entre hombres y mujeres es de un porcentaje superior al doble de hombres respecto a mujeres; y el porcentaje de derivación de mujeres a recursos de inclusión sociolaboral se sitúa en la misma línea (FEDEAFES, 2014). Las razones que apuntan este hecho son, como ya se ha expuesto anteriormente, los mandatos de género según los cuales la mujer está destinada al hogar y a los cuidados y el hombre a la vida pública y a ser el proveedor económico (Polo, 2018).

Esa discriminación hacia los problemas de salud mental de las mujeres fue ciertamente el origen del nacimiento de la congregación de las Hermanas Hospitalarias, en 1881, precisamente *“...para dar respuesta a la situación de abandono sanitario y exclusión social de las mujeres con enfermedad mental de la época...”*, pues ya existía una orden religiosa (San Juan de Dios) que se encargaba de la atención a los enfermos mentales, hombres, que desde 1876 puso en marcha una gran “casa de salud” en la ciudad de Ciempozuelo, Madrid.

Con el fin de obtener datos relativos a la realidad actual de los recursos, tanto hospitalarios como de rehabilitación de Hermanas Hospitalarias, y ver si estos coinciden con los arrojados por FEDEAFES (2014), se realiza el presente estudio sobre las personas atendidas desagregadas por sexo.

El objetivo último de la aplicación de la perspectiva de género en el análisis de la desagregación de los datos tiene que ver con poder hacer un análisis crítico de esa brecha de género y poder diseñar acciones que permitan eliminarla.

Metodología

A partir del año 2011 los centros de atención a la salud mental de la extinta Provincia de Madrid de Hermanas Hospitalarias, iniciaron el proceso de informatización de sus historias clínicas utilizando el programa informático EKON SALUD

Con la ayuda de profesionales del Área de Sistemas y Calidad de Hermanas Hospitalarias, se extrajeron los datos referentes a las entradas en los diferentes dispositivos desde el año en el que entra en vigor de forma definitiva el programa informático (año 2012) hasta el año 2018 centrándose en los recursos Hospitalarios y Comunitarios destinados a la atención de personas con trastorno mental grave. El número total de entradas a lo largo del periodo previamente descrito fue de 6357, siendo de 3022 en el caso de los recursos Hospitalarios y de 3335 en recursos Comunitarios. A su vez, en el caso de estas últimas, se diferenciaron en 1615 entradas en el caso de los recursos Comunitarios Ambulatorios y 1720 en recursos Comunitarios Residenciales.

Concretamente, los centros pertenecientes a Hermanas Hospitalarias de los que se ex-

trajeron dichos datos fueron los siguientes:

- Línea de Rehabilitación Psicosocial. Compuesta por múltiples centros Comunitarios tanto Ambulatorios como Residenciales ubicados en la Comunidad de Madrid y de Extremadura. Mientras que los primeros, están concertados con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, los segundos están concertados con el Servicio Extremeño de Salud y Servicio Extremeño de Promoción social y Atención a la dependencia.
- Clínica San Miguel. Integrada por múltiples recursos Hospitalarios concertados con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Complejo Asistencial Benito Menni. Ubicado en Cimepozuelos (Madrid) y compuesto por varios recursos Hospitalarios concertados con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Complejo Asistencial de Málaga. Integrado por varios recursos Hospitalarios pertenecientes al ámbito privado.

A parte de los datos previamente señalados, de cara a dar respuesta al objeto de estudio planteado en este artículo, el número de entradas fue diferenciando por sexo incluyendo el número total de entradas anuales por recurso, así como, el porcentaje que se desprendía de dicha cifra. A su vez, también se calculó el sumatorio total de entradas anuales por recurso diferenciadas por sexo, así como, el porcentaje al que hacían referencia dichas cantidades.

A partir de estos datos, el equipo investigador elabora una tabla resumen (tabla 1), los cuales son analizados y valorados en el presente artículo.

Resultados

Como puede observarse en la tabla que se expone a continuación (tabla1), el porcentaje de hombres derivados supera al de mujeres, tanto anualmente como en total, en el caso de las Unidades de Rehabilitación y Tratamiento Psiquiátrica (UHTR) y de todos los recursos Comunitarios tanto Diurnos como Residenciales. Las mayores diferencias a favor de los hombres se dan en las Unidades de Rehabilitación y Tratamiento Psiquiátrica (UHTR) (37% vs 63%), en los Centros de Día de soporte Social (CD) (37% vs 63%), en los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) (31% vs 69%) y en las Pensiones Supervisadas (Pens Sup) (34% vs 66%), mientras que en el resto de recursos estas diferencias no superan el 60% vs 40% a favor de los hombres.

A su vez, estos porcentajes se diferencian de los obtenidos en el caso de las Unidades de Hospitalización Breve (UHB) donde el porcentaje es del 51% a favor de las mujeres y de las Unidades de Cuidados Prolongados Psiquiátricos (UCPP) en las que el porcentaje de mujeres es muy superior al de los hombres (74% vs 26%). Si bien, cabe señalar que el dato perteneciente a esta última unidad está claramente sesgado, puesto que las únicas que ingresan en el Complejo Asistencial Benito Menni de Cimepozuelos son mujeres.

Tabla 1. Porcentaje de derivaciones a diferentes centros de Hermanas Hospitalarias disgregados por género

Unidad Asistencial	Ingresos sexo	2012	2013
RECURSOS HOSPITALARIOS			
Unidad de hospitalización Psiquiátrica Breve (UHB)	MUJER	98 (50,5%)	173 (54%)
	HOMBRE	96 (49,5%)	147 (46%)
Unidad de Rehabilitación y Tratamiento Psiquiátrica (UHTR)	MUJER	17 (40%)	32 (42%)
	HOMBRE	25 (60%)	44 (58%)
Unidad de Cuidados Prolongados Psiquiátricos (UCPP)	MUJER	7 (78%)	17 (81%)
	HOMBRE	2 (22%)	4 (19%)
RECURSOS COMUNITARIOS			
Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	MUJER	59 (53%)	47 (45%)
	HOMBRE	53 (47%)	58 (55%)
Centro de Día de soporte Social (CD)	MUJER	17 (40%)	19 (43%)
	HOMBRE	23 (60%)	25 (57%)
Equipos de apoyo social comunitario (EASC)	MUJER	28 (50%)	22 (43%)
	HOMBRE	28 (50%)	29 (57%)
Centro de Rehabilitación Laboral (CRL)	MUJER	7 (19%)	12 (36%)
	HOMBRE	29 (81%)	21 (64%)
RECURSOS COMUNITARIOS			
Miniresidencias (MR)	MUJER	75 (42%)	70 (30%)
	HOMBRE	104 (58%)	158 (70%)
Pisos Supervisado (PS)	MUJER	4 (28,5%)	4 (44%)
	HOMBRE	10 (71,5%)	5 (56%)
Pensiones Supervisadas (Pens Sup)	MUJER	0 (0%)	2 (28,5%)
	HOMBRE	6 (100%)	5 (71,5%)

2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
OPITALARIOS					
198 (54%)	177 (49%)	171 (48,5%)	166 (51%)	142 (50%)	1125 (51%)
169 (46%)	182 (51%)	181 (51,5%)	160 (49%)	142 (50%)	1077 (49%)
29 (33%)	35 (39%)	30 (34%)	44 (38%)	50 (35%)	237 (37%)
59 (67%)	54 (61%)	57 (66%)	73 (62%)	93 (65%)	405 (63%)
19 (77%)	30 (71%)	17 (77%)	26 (74%)	16 (66%)	132 (74%)
6 (23%)	12 (29%)	5 (23%)	9 (26%)	8 (34%)	46 (26%)
RIOS AMBULATORIOS					
43 (40%)	51 (43%)	34 (36%)	41 (44%)	51 (44%)	326 (44%)
65 (60%)	67 (57%)	60 (64%)	53 (56%)	65 (56%)	421 (56%)
17 (35%)	12 (31%)	14 (38%)	15 (40,5%)	10 (28,5%)	104 (37%)
31 (65%)	27 (69%)	23 (62%)	22 (59,5%)	25 (71,5%)	176 (63%)
26 (46%)	19 (39%)	22 (44%)	19 (37%)	23 (56%)	159 (45%)
30 (54%)	30 (61%)	28 (56%)	32 (63%)	18 (44%)	195 (55%)
12 (32%)	13 (39%)	14 (39%)	11 (37%)	4 (14%)	73 (31%)
25 (68%)	20 (61%)	22 (61%)	19 (63%)	25 (86%)	161 (69%)
RIOS RESIDENCIALES					
108 (41%)	113 (47%)	87 (38%)	98 (44,5%)	72 (39%)	623 (40%)
157 (59%)	125 (53%)	140 (62%)	122 (55,5%)	112 (61%)	918 (60%)
8 (67%)	2 (25%)	11 (50%)	6 (40%)	13 (45%)	48 (44%)
4 (33%)	6 (75%)	11 (50%)	9 (60%)	16 (55%)	61 (56%)
3 (37,5%)	4 (23,5%)	6 (37,5%)	5 (50%)	4 (67%)	24 (34%)
5 (62,5%)	13 (76,5%)	10 (62,5%)	5 (50%)	2 (33%)	46 (66%)

Discusión

Los resultados obtenidos muestran que el porcentaje de hombres derivados a los diferentes recursos analizados supera al de mujeres tanto en el caso de las Unidades de Rehabilitación y Tratamiento Psiquiátrica (UHTR) como en todos los recursos de rehabilitación comunitarios Diurnos y Residenciales. Si bien, dicha tendencia no se da en el caso de todos, puesto que en el caso de las Unidades de Hospitalización Breve (UHB), el porcentaje es del 51% a favor de las mujeres, mientras que en las Unidades de Cuidados Prolongados Psiquiátricos (UCPP) el porcentaje de mujeres es muy superior al de los hombres (74% vs 26%). Si bien, como se señala con anterioridad, este último dato se encuentra sesgado debido al tipo de derivaciones que se realizan a dicho recurso.

A priori, esto puede hacer plantearse que, tal y como afirma FEDEAFES (2014), los recursos, servicios y programas dirigidos a la atención de personas con trastorno mental grave atienden un mayor porcentaje de hombres, existiendo por lo tanto una brecha de género (una menor derivación y participación de las mujeres en los recursos debido a su género). Pero, como puede observarse en la tabla 1, los datos obtenidos en dichos centros distan del dato que reflejan en su estudio en el que afirman que, concretamente, atienden al doble de hombres que de mujeres, lo cual supondría una diferencia del 67% vs 33% a favor de los hombres. En este sentido, dicha diferencia únicamente se daría en el caso de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) (31% vs 69%), un área, la productiva-laboral, que tal y como ya se ha señalado, está especialmente atravesada por los mandatos de género, por lo que es previsible que el sesgo de género sea mayor.

Además de los motivos que ya se han men-

cionado, aplicando la perspectiva de género para explicar el sesgo en las derivaciones, diferentes estudios apuntan a que las mujeres son derivadas más tardíamente porque suelen tener un mejor ajuste premórbido y funcionamiento psicosocial (Usall, 2003) y esto sería debido a que los roles femeninos tradicionales llevan a situaciones menos exigentes de funcionamiento, como es el rol doméstico (Rullas et al, 2013), y/o precisamente por ese mejor ajuste, pueden parecer menos susceptibles de un proceso de rehabilitación psicosocial. Asimismo, en la misma línea de ese mejor ajuste, cuando los progenitores se van haciendo mayores, pueden no precisar de tantos apoyos, una circunstancia que suele ser motivo de derivación e intervención en los recursos de rehabilitación psicosocial.

El hecho de que el porcentaje de hombres y mujeres esté igualado en el caso de las Unidades de Hospitalización Breve (UHB), recursos que sobre todo suelen ser empleados en el caso de desestabilización psiquiátrica, pero sean siempre superiores a favor de los hombres en el caso de las Unidades de Rehabilitación y Tratamiento Psiquiátrica (UHTR) y de todos los recursos comunitarios (Diurnos y Residenciales) tentativamente puede llevar a pensar que las necesidades de intervención sobre la población son las mismas.

No se dan diferencias de prevalencia en cuanto al sexo en Trastornos Mentales Graves tales como los trastornos psicóticos o trastorno bipolar, donde los porcentajes son parejos, no siendo así en el Trastorno Límite de la Personalidad, donde el porcentaje de mujeres diagnosticadas es mayor que el de hombres. Esto no parece debido a factores biológicos ligados al sexo. Por el contrario, influyen factores psicosociales relacionados, en parte, con el papel de género tradicional, que expone a las mujeres a mayores tensio-

nes (el cuidado, aislamiento, dependencia, situaciones de subordinación, falta de proyecto y tiempo propios...), al tiempo que les resta capacidad de acción y autonomía para modificar su entorno estresante, además de la exposición a violencia de género (Organización Mundial de la Salud, 2001). Y en parte, debidos a los modelos de transición de género, por acumulación de roles antiguos y nuevos, con la consecuente sobrecarga psicosocial (Velasco-Arias, 2008).

En esta misma línea, cabría no olvidar que la prescripción y consumo de psicofármacos es significativamente mayor en mujeres que en hombres, un dato que se mantiene entre todos los grupos de edad, incluso en ausencia de diagnóstico psiquiátrico (Valls-Llobet, 2011). Esta situación puede responder nuevamente a los mandatos de género, pues las mujeres son socializadas para ser cumplidoras (*ir al psiquiatra, tomar el tratamiento, cumplir las pautas...*, etc.) y sumisas, por lo que los desajustes y las conductas disruptivas suelen ser menores (Markez et al, 2004). Al ser menos disruptivas (y cuando lo son suele haber una mayor condena social) podría existir una menor urgencia o necesidad de intervención compleja, diferente a los psicofármacos, como puede ser la derivación a los recursos de rehabilitación.

Por otro lado, los trastornos mentales comunes, -depresión, ansiedad y somatizaciones-, son diagnosticados el doble en mujeres que en hombres (Astbury, 2001; Valls-Llobet, 2011). No obstante, a este respecto cabría añadir que puede estar operando nuevamente un sesgo de género, según el cual, determinadas conductas y comportamientos estereotipadamente femeninos se patologizan, sin contextualizar las diferentes exigencias que encontramos en el entorno según nuestro género, las cuales son muy diferentes (Astbury, 2001; Sánchez, 2013)

El estudio aquí expuesto cuenta con la limitación de que los datos ofrecidos son meramente descriptivos y, además, no se han tenido en cuenta variables fundamentales tales como diagnóstico, diferencia de prevalencia en cuanto al mismo, edad de inicio de la enfermedad o factores biológicos, entre otras. Esto, en primer lugar, nos conduce a la necesidad de hacer estudios de mayor envergadura de cara a comprobar este aspecto y, en segundo lugar, en caso de que los resultados obtenidos en dichos estudios confirmaran lo que aquí se puede apreciar de una forma incipiente, poner en marcha diferentes estrategias destinadas a disminuir la brecha de género y, por lo tanto, eliminar la discriminación que todavía a día de hoy están sufriendo las mujeres con trastorno mental grave. Estas estrategias deberán ser desarrolladas de forma conjunta entre las entidades derivadoras (centros de salud mental y dispositivos hospitalarios) y las receptoras (recursos de rehabilitación psicosocial) para que puedan ser lo más efectivas posible.

Algunas de esas estrategias deberían ser la formación en perspectiva de género, las medidas de discriminación positiva hacia las mujeres en las listas de espera (especialmente en los recursos de rehabilitación laboral), y el desarrollo e incorporación de la perspectiva de género en nuestros procesos de atención en general, y de rehabilitación psicosocial en particular: procesos de evaluación, programas de intervención, planes de objetivos, atención a las familias, etc. (Amores, 2019)

Referencias

1. Amores M. Incorporación de la perspectiva de género en Rehabilitación Psicosocial. Boletín AMRP 2019; 32: 6-17 Recuperado de http://www.amrp.info/wp-content/uploads/2019/07/REVISTA-AMRP-JULIO-2019-FINAL-PLIEGOS_5_07.pdf
2. Amorós C. 10 palabras clave sobre mujer. Pamplona, Editorial Verbo Divino; 1995.
3. Astbury J .Gender disparities in mental health. In: Mental health. Ministerial Round Tables 2001, 54th World Health Assemble, 2001, Who, Geneva, Switzerland. https://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf
4. Beauvoir S. El segundo sexo. Buenos Aires, Siglo XX; 1968.
5. 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; 2005 Recuperado de: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
6. Comisión de las Comunidades Europeas. Manual para la perspectiva de género en las políticas de empleo, de inclusión social y de protección social; 2008. Recuperado de <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2045&langId=es>
7. Declaración de Beijing y plataforma para la acción. IV conferencia mundial sobre las mujeres. Madrid, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer; 1996.

Agradecimientos

Hermanas Hospitalarias Provincia de España ha desarrollado durante 2018 el Programa estatal de investigación y difusión: *Igualdad y cohesión social para las personas con necesidades de atención integral sociosanitaria*, contando para ello con el apoyo del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social

8. FEDEFES. Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de Mujeres y hombres en FEDEFES; 2014. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Estudio-mujer-discriminacion-FEDEFES.pdf>
9. Macedo CG y García TA. Trascendencia del rol de género en la educación familiar. Campo Abierto Revista de Educación 2014; 33(2): 97-114.
10. Gamba S. Diccionario de estudios de Género y Feminismos. Editorial Biblos; 2008. Recuperado de <http://www.mujeresresenred.net/spip.php?article1395>
11. Markez I, Póo M, Romo N, Meneses C, Gil E y Vega A (2004). Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2004; 91: 37-61. Recuperado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300004&lng=es&tlng=es.
12. Organización Mundial de la Salud. Informe de Salud en el Mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas; 2001. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2001/es/>
13. Polo C. Deconstruyendo *mandatos de género* en narrativas terapéuticas. Boletín AMSM 2018; 42: 8-12. Recuperado en: <https://amsmblog.files.wordpress.com/2018/11/amsm-nc2ba-42-invierno-2018.pdf>
14. Rullas-Trincado M, Panadero- Herrero S, Cendoya M, Cristina R, Fernández JI, González Cases J y Martínez P. Diferencias en el perfil de derivación recibido en los centros de rehabilitación psicosocial en función del género. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2013; 33(117): 35-46. Recuperado en: <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16586/16426>
15. Sáenz Herrero M. Salud mental, género e igualdad. Norte de salud mental 2017; 14 (56): 109-114. Recuperado de <https://ome-aen.org/wp-content/uploads/2017/03/Norte-56-web-compressed.pdf>
16. Sánchez López M. La salud de las mujeres. Madrid, Síntesis; 2013.
17. Stoller RJ. Sex and gender: On the development of masculinity and femininity. New York, Science House; 1968.
18. Usall J Diferencias de género en la esquizofrenia. Revista Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona 2003; 30(5): 276-287. Recuperado en: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13402/diferencias_de_genero_en_esquizofrenia.pdf
19. Valls-Llobet C. Mujeres, salud y poder. Barcelona, Cátedra; 2011.
20. Varela N. Feminismo para principiantes. Barcelona, Ediciones B; 2013.
21. Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t05.htm

RIESGOS PSICOSOCIALES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL CONTEXTO LABORAL: ESTUDIO EXPLORATORIO CUANTITATIVO Y CUALITATIVO

Vanesa Delgado Garcia

Psicóloga.

Centro de Rehabilitación Laboral Retiro, Hermanas Hospitalarias, Madrid. Centro concertado con la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera dependiente de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid.

Resumen

En los últimos años, la integración laboral de personas con trastorno mental grave está teniendo una mayor presencia como objetivo fundamental de intervención. En esta línea, además de ser una fuente de ingresos, el trabajo proporciona una actividad rutinaria, una estructura diaria, un incremento en las relaciones sociales, una identidad personal y un sentido de utilidad. Los centros de rehabilitación laboral (CRL) están dirigidos a atender a aquellas personas con problemas de salud mental con dificultades en el acceso al mundo laboral. Asimismo, el CRL lleva a cabo un trabajo de sensibilización y mejora con las empresas para que estas personas sean trabajadoras de pleno derecho, siendo el contexto laboral un lugar de crecimiento

profesional y personal. Objetivo: conocer la percepción de los riesgos psicosociales de los trabajadores atendidos en los CRL de la Comunidad de Madrid y conocer las estrategias de afrontamiento para la gestión de dichos riesgos. Método: diseño transversal con una muestra de 175 usuarios, con al menos 3 meses trabajando, sin encontrarse en situación de pluriempleo. Los datos del estudio se recogen mediante un cuestionario ad hoc de información sociodemográfica, laboral y clínica, un cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales DECORE (Luceño y Martín, 2008) y el inventario de estrategias de afrontamiento CSI (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006). Conclusiones: ante la percepción de estresores tales como la gestión de imprevistos y conflictos relacionales,

habría que desarrollar intervenciones que fomenten el sentido de competencia de las personas para que sean capaces de resolver situaciones cotidianas y así poder reducir conductas de evitación. Por otro lado, los estresores que han podido ser identificados en el estudio, no siempre guardan relación con el contexto laboral, siendo los ámbitos personal y familiar elementos importantes a los que se les debe prestar atención desde los CRL. Es necesario prestar especial cuidado desde el contexto empresarial en los cambios que en ocasiones se producen en las funciones de los puestos de trabajo e incluso en las condiciones laborales, en la recompensa hacia los trabajadores y en el clima laboral. Los bajos salarios limitan el desarrollo de un proyecto vital que además incluya la independencia y emancipación de la persona.

Las conclusiones y resultados de este estudio serán reseñados más adelante de este artículo.

Palabras clave: Trastorno mental grave, rehabilitación laboral, riesgos psicosociales, Comunidad de Madrid.

Abstract

In recent years, laboral integration of people with severe mental disorder is getting special attention, becoming primary objective for intervention procedures. In this direction, apart from being a flow of income, work assures a routine, diary structure, an increase of social relationships, personal identity and a feel of worthiness. Laboral rehabilitation centers (CRL) are directed to attend those people with mental disorders whom have difficulties accessing to labour. At the same time, CRL has the role of raising the

awareness of businesses in matter of improving work conditions of these people, being laboural context an axis of growth, personal and professional. Objective: know the perception of psychosocial risks of workers attended on CRL centers of Madrid's Community and know the strategies to confront the management of those risks. Method: transversal desing with a simple of 175 users, with at least 3 months of work experience, without being working in multiple jobs. Data of the study have been collected by an ad hoc questionnaire compounded with sociodemographic, laboural and clinical information, an evaluation of psychosocial risks questionnaire DECORE (Luceño y Martín, 2008) and the inventory of coping strategies CSI (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptation by Cano, Rodríguez y García, 2006). Conclusions: under the perception of shears such as the management of contingencies and relational conflicts, there has to be developed interventions that encourage people's sense of ability, feeling then able to solve everyday situations, so that they can reduce avoidance behaviors. On the other hand, the shears identified in the study, doesn't allways have relation with laboural context, but with personal and family matters, major elements which need attention from CRL centers. Taking care of the business context is a key factor on the changes that under some circumstances happend over job roles and conditions, even in rewards and working climate. Low wages limit the development of a vital Project, including Independence and self maintenance.

The conclusions and results of this study will be reviewed later in this article.

Key words: Serious mental disorder, laboral rehabilitation, psychosocial risks, Madrid's Community.

Introducción

Los centros de rehabilitación laboral (CRL) están dirigidos a atender a aquellas personas con problemas de salud mental que por diversas razones no estén en condiciones de poder acceder directamente al mundo laboral o no sepan manejar de manera autónoma las exigencias con respecto a la integración y al mantenimiento del contexto laboral. El desarrollo de una actividad laboral es beneficioso para el bienestar general, incluyendo aquí la salud mental (Repetti, Matthews y Waldron, 1989; Winefield y Triggerman, 1989). El trabajo, además de ser una fuente de ingresos proporciona una estructura y una rutina en la vida de la persona, ya que puede conducir desde un punto de vista clínico, a un aumento de la autoestima, al alivio de los síntomas psiquiátricos y a la reducción de la dependencia. Por lo tanto, la integración laboral es uno de los objetivos más importantes en la rehabilitación de las personas que sufren un trastorno mental grave. Sin embargo, no solo la adquisición de un empleo conduce a las mejoras a nivel clínico, también es necesario un ambiente de trabajo y un tipo de empresa que apueste por un trato respetuoso hacia el trabajador para que éste pueda desarrollarse personal y profesionalmente. Cuando en el entorno laboral aparecen problemas o desajustes en una determinada situación, se pueden llegar a apreciar riesgos psicosociales laborales. Los riesgos psicosociales laborales son *“aquellos factores de riesgo para la salud que se originan en la organización del trabajo y que generan respuestas de tipo fisiológico (reacciones neuroendocrinas), emocional (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.), cognitivo (restricción de la percepción, de la habilidad para la concentración, la creatividad*

o la toma de decisiones, etc.) y conductual (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios, etc.) que son conocidas popularmente como “estrés” y que pueden ser precursoras de enfermedad en ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración” (CC.OO, 2016). Sin embargo, es muy fácil llegar a los riesgos psicosociales cuando en el contexto laboral se presentan problemas o variaciones en las condiciones de una situación laboral. Según la OMS (2001), la discapacidad se entiende como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y los factores personales y externos que representan las circunstancias en las que vive aquella persona. Debido a esta relación, los diferentes ambientes pueden tener efectos diversos en un individuo con una determinada condición de salud. Se trata de un concepto integral de la discapacidad que enfrenta la salud y los factores personales del individuo con los factores ambientales y sociales. Esto indica la importancia no solo de centrar la atención en las capacidades de las personas sino en el propio contexto laboral también. Las empresas que contratan a personas con alguna discapacidad suelen realizar adaptaciones en el puesto de trabajo para un mayor desempeño, siendo estas, en su mayoría, de tipo ergonómico. Sin embargo, no se hace una evaluación de los riesgos psicosociales, teniendo en cuenta que la presencia de los riesgos psicosociales laborales están estrechamente relacionados con la presencia de enfermedades (trastorno músculo-esquelético, depresión, abuso de sustancias, problemas de tipo cardíacos, entre otros) (Martín, Luceño, Jaén, Rubio, 2007), o el agravamiento de las ya existentes, además de influir en la calidad de vida de los trabajadores (Luceño et al, 2008), este tipo de circunstancias hacen imprescin-

dible estudiar, conocer y mejorar los riesgos psicosociales, ya que repercute no sólo en los trabajadores que sufren los riesgos sino también en las empresas, familiares de los afectados y en última estancia en la propia sociedad y administraciones públicas (nivel económico, bajas laborales, absentismo, no productividad). Tras esto, si la persona con trastorno mental grave no consigue un clima laboral adecuado o identifica una alta percepción de los riesgos puede llevar a un cambio continuo de puesto de trabajo. Este tipo de experiencias supondrá un itinerario errático, que dará inestabilidad general y podrá aumentar el peligro de entrar en un periodo de desempleo de largo recorrido, dando a la persona inestabilidad en el contexto laboral pudiendo alcanzar la exclusión social. Un paso más allá en los costes de padecer riesgos psicosociales se da en la posibilidad de hospitalización. En personas que padecen trastorno mental grave el estrés sufrido proveniente de contextos externos puede llevar a derivar en una re-hospitalización. En Ballesteros y Bertina (2016), se menciona que el coste de un día de ingreso hospitalario psiquiátrico puede significar entre 300€ y 400€ para la administración pública. Hay que tener en cuenta el impacto que este hecho tiene además a nivel personal, familiar y social. Por ello, identificar los factores que inhiben el proceso de rehabilitación laboral, como son los riesgos psicosociales y trabajar sobre ellos tiene evidentes ventajas. Además de repercutir en una mejora en la calidad de vida de la persona.

Material y métodos

Muestra

Los potenciales participantes con los que se contó para la investigación eran 1165 usuarios pertenecientes a los 22 CRL de la Comunidad de Madrid, en el año 2017. De este universo se tuvieron que aplicar criterios de inclusión y exclusión sobre 971 usuarios siendo estos los que habían tenido una experiencia laboral contractual. Los criterios de inclusión exigían: el estar atendido en un CRL de los 22 de la red de atención social a personas con trastorno mental grave, llevar al menos tres meses en el mismo puesto de trabajo en el momento de la recogida de los datos y firmar un consentimiento informado. Como criterios de exclusión se requerían: no haber firmado el consentimiento informado, presencia de problemas cognoscitivos que influyeran en la comprensión y respuesta de las pruebas de la investigación (por ejemplo discapacidad intelectual) y que en el momento de la recogida de los datos la persona se encontrara combinando dos o más trabajos (situación de pluriempleo). No se aplica ningún sistema de muestreo, pues la intención es obtener la información de todo el universo poblacional. Finalmente, la muestra queda compuesta por un total de 175 participantes.

Diseño

Es un estudio de carácter multicéntrico, con un diseño transversal descriptivo exploratorio, dividido en dos fases una cualitativa y otra cuantitativa. La fase cualitativa se centra en la parte experiencial de la persona referente al tema investigado, es decir, de

cómo los participantes perciben sus riesgos psicosociales y cuáles son las estrategias que utilizan para su afrontamiento. La fase cuantitativa permite medir una gran cantidad de información recogida y establecer perfiles. La complementariedad de ambas técnicas proporciona un mayor conocimiento del objeto investigado. Para una mejor comprensión del estudio, se desarrollan por separado los apartados metodológicos y los resultados de cada fase. Sin embargo, la discusión y las conclusiones se realizan de forma conjunta, integrando y complementando la información cualitativa y cuantitativa constituida en el estudio.

El estudio tiene una sola muestra y tres estrategias de trabajo: una parte **descriptiva**, una **correlacional** y otra **comparativa**. La parte descriptiva se realiza con las características sociodemográficas, con las características laborales y clínicas y con la percepción de los riesgos psicosociales y estrategias de afrontamiento. La parte correlacional se realiza entre las variables relacionadas con los riesgos psicosociales y las variables relacionadas con el afrontamiento objeto de estudio. La parte comparativa se llevará a cabo mediante las comparaciones de las variables relacionadas con los riesgos psicosociales y en las variables relacionadas con el afrontamiento dividiendo a la muestra según variables de sujeto.

Variables

En la recogida de los datos se elabora un cuestionario ad hoc de información sociodemográfica, laboral y clínica de interés para la investigación. Las variables se agrupan en cinco apartados:

- Datos sociodemográficos: edad, género, nivel de enseñanza reglada, tipo de convi-

vencia y grado de discapacidad.

- Datos laborales, en el momento de la recogida de los datos: tipo de trabajo (funciones, puesto, categoría profesional, etc.), antigüedad en el puesto de trabajo, tipo de jornada, tipo de salario (comisiones, fijo, etc.) y cuantía del mismo.
- Datos clínicos: donde se solicita la etiqueta diagnóstica psiquiátrica realizada por el facultativo de referencia según criterios CIE-10, años de evolución, baja laboral en el momento de la recogida de los datos y patología/s asociada/s como problemas de carácter físico, psíquico o sensorial diagnosticadas por un facultativo.
- Datos psicosociales: escala de control, apoyo organizacional, recompensas, demandas cognitivas, índice de desequilibrio demanda-control (DDC), índice de desequilibrio demanda-recompensa (DDR) e índice global de afrontamiento (IGR)
- Datos de estrategias de afrontamiento: resolución de problemas (REP), autocrítica (AUC), expresión emocional (EEM), pensamiento desiderativo (PSD), apoyo social (APS), reestructuración cognitiva (REC) y evitación de problemas (EVP).

Análisis

Se llevarán a cabo análisis descriptivos y de frecuencia de las variables objeto.

Se procederá a realizar análisis correlacionales entre las variables de riesgo psicosocial y las variables de afrontamiento a través de la correlación de Pearson y regresión lineal múltiple, para comprobar la asociación entre variables y t-student o ANOVA (según corresponda) para la comparación de los grupos.

Desde la parte cualitativa, se han analizado las repuestas narrativas del inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) donde se

solicita al participante una reflexión sobre una situación de estrés que le haya causado problemas en su vida cotidiana en el periodo que engloba el último mes. Se pide que describa cómo se ha enfrentado a tales problemas. La situación puede ser de cualquier índole o área personal.

El análisis de las narrativas es llevado a cabo por cinco profesionales de la red de atención social a personas con trastorno mental grave y que tienen una media de 11 años de experiencia en el campo de la rehabilitación psicosocial.

El procesamiento de la información se ha llevado a cabo a partir de la técnica de la triangulación, dirigida a revisar y a analizar la información obtenida para la posterior creación de categorías donde clasificar las diferentes narrativas. Este método permite explorar la experiencia subjetiva de situaciones estresantes referidas por la población de estudio, en lugar de tener una hipótesis previa, a través de la cual definir las categorías prioritarias.

En la primera fase del análisis se selecciona una muestra aleatoria y representativa de los textos. Aplicando la técnica de saturación de datos, se obtienen 11 categorías de un total de 33 narrativas analizadas. A continuación, se realiza una revisión de estas 11 categorías, quedando agrupadas en 5 categorías discriminadas:

- Gestión de imprevistos -incertidumbre
- Factores organizacionales - condiciones laborales
- Relaciones interpersonales
- Eventos del ciclo vital.
- Problemas personales.

Posteriormente, cada profesional de manera independiente, realiza una categorización de las 140 respuestas, a continuación se realiza el proceso de triangulación, categorizando de manera definitiva el total de las respuestas por consenso inter-jueces.

Finalmente, se aplica la técnica de “member check”, consistente en la validación por parte del participante de la categorización realizada por los jueces. Este “member check” fue realizado por los diferentes profesionales que participaron en la recogida de datos.

Resultados

En los resultados se encuentra que hay un mayor número de hombres que de mujeres (70% vs 30%) y que más de la mitad se sitúan en edad laboral activa entre los 35-45 años (65,7%).

Con respecto a la formación, la mayoría tienen formación reglada de baja cualificación (primaria: 16%, secundaria: 14.3%, bachillerato: 25.01%, FP/ grado superior: 12.6%: y licenciado/grado: 10.3%)

En relación a la etiqueta diagnóstica, casi la mitad de la población tienen diagnóstico de esquizofrenia (45,7%) frente a otras psicopatologías (T. psicóticos: 13.7%, T. del estado de ánimo: 13.1%, T. de personalidad: 9,1% y otros: 8%) y una evolución de la enfermedad de más de 10 años (54,9%) (entre 6-10 de evolución: 26,9%, entre 2-5 años de evolución: 14,9%, menos de 2 años: 2,9%).

A nivel laboral, la mayoría de las personas tienen empleos de baja cualificación (peones: 49,1%, auxiliares administrativos: 21,17% y ayudantes no titulados: 10,3%), con una antigüedad en el puesto de trabajo de unos 5 años en su mayoría (6 meses -2 años: 40%, 2-5 años: 29,5%, entre los 3-6 meses: 14,9%, 5-10 años: 14,30%, más de 10 años: 2,9%).

Las personas de la muestra, abogan por empleos de media jornada (menos de 30h/semana: 45,7%, 31h-35h/semana: 22,3%, 36h-40h/ semana: 26,3%, 41h-45h/semana:

4,6% y más de 45h/semana: 0,6%) con preferencia de turno de mañana en un 45,1%. Con respecto al salario, la mayoría (45,1%) no tienen ingresos superiores a 600€, prefiriendo trabajar en la empresa protegida (63,4%) frente a la empresa ordinaria (36,6%).

Con respecto al tipo de contrato, no existen diferencias significativas en relación al contrato fijo (46,9%) frente al contrato de tipo temporal (45,1%).

Con respecto a los resultados del cuestionario DECORE, se cuenta con una muestra de 174 participantes, debido a que hubo una persona que dejó muchos ítems en blanco. La muestra no informa de problemas de riesgos psicosociales en el Índice General de Riesgo ni en DDC (Índice desequilibrio Demanda-Control) o DDR (Índice desequilibrio Demanda-Recompensa). Sin embargo, si hay riesgo en la escala de Control y de Recompensa. Casi el 45% de la muestra puntúa entre alerta y emergencia en cada escala e índice, a excepción de la escala de demandas cognitivas.

Con respecto a las escalas:

- **Control:** que evalúa la posibilidad que tienen los trabajadores para determinar que tareas realizan, así como los métodos de trabajo, los lugares de trabajo y en general todas aquellas decisiones que afectan al fin del trabajo en sí. Todos los grupos identifican riesgos psicosociales.
- **Apoyo Organizacional:** que evalúa las buenas o malas relaciones que se establecen con compañeros y supervisores. Identifica riesgo psicosocial las mujeres, el personal de poca antigüedad en el puesto de trabajo, las personas con contrato temporal y aquellos que trabajan en la empresa ordinaria sin certificado de discapacidad.
- **Recompensa:** escala que evalúa los beneficios que recibe el trabajador por su contribución a la organización. Identifican

riesgos psicosociales las mujeres, los trabajadores de centros especiales de empleo, los empleados que tienen salarios bajos (menos de 300€) y salarios altos (más de 1200€)

- **Demandas Cognitivas:** que evalúa los requerimientos que se le exigen al trabajador y que tienen que ver con “cuanto” se trabaja. No se perciben demandas en esta escala.

Con respecto a los índices del Cuestionario DECORE:

- **Índice de Desequilibrio Demanda-Control (DDC):** representa la relación entre las demandas del puesto y el control que tiene el trabajador, se identifica emergencia al 84,7% de las personas que trabajan en la empresa ordinaria sin certificado de discapacidad y se identifican en riesgo a más del 50% con salarios comprendidos entre los 601 y los 900
- En el índice de Desequilibrio Demanda-Recompensa (DDR): que representa la relación entre las demandas laborales y las recompensas que recibe el trabajador por su esfuerzo, el 61,6% de las personas que trabajan en la empresa ordinaria sin certificado se sitúan en situación de riesgo.
- **Índice Global de Riesgo (IGR):** que tiene en cuenta las puntuaciones en todas las escalas del cuestionario, por lo que constituye una medida global de riesgo. El 70% de las personas de la empresa ordinaria sin certificado de discapacidad se sitúan en riesgo al igual que aquellas que tienen una antigüedad de entre 2 y 5 años.

Con respecto a los resultados del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), a nivel cuantitativo se identifica que existe una baja percepción de la capacidad para resolver situaciones cotidianas con respecto a la tendencia a la autocrítica. Lo que pueda indicar este dato es que las personas evalua-

das tienden a valorar peor su capacidad para resolver situaciones conflictivas cotidianas. Además, parece que el perfil refleja una tendencia evitativa que podría tener un componente más conductual de la resolución de problemas.

Desde la parte cualitativa del CSI, donde las narrativas se centran principalmente en describir las situaciones estresantes y en escasa ocasiones, en describir las estrategias de afrontamiento puestas en marcha o como son resueltos los problemas. Las narrativas se incluyen en cinco categorías, siendo estas: gestión de imprevistos o incertidumbres, factores organizacionales, relaciones interpersonales, problemas personales y eventos del ciclo vital.

Conclusiones

El objetivo que se planteaba en este estudio era llegar a una descripción de la situación actual en cuanto a la percepción de riesgos psicosociales de las personas con trastorno mental grave y de las estrategias de afrontamiento que suelen usar para enfrentar los problemas. Los dos tipos de análisis que se han realizado han ayudado en la comprensión de este estudio: desde el enfoque cuantitativo se ha permitido cuantificar la opinión de un amplio número de sujetos, y con la aproximación cualitativa se ha podido comprender la experiencia de los individuos en primera persona. Esta integración de enfoques ha facilitado el tener una visión más completa y global del estudio.

El perfil de la muestra cuenta con un total de 175 usuarios que contenían los criterios de inclusión – exclusión que fueron seleccionados de forma no probabilística. Teniendo en cuenta esto, no se puede establecer si la muestra utilizada es representativa. Sin

embargo, se considera importante con esta muestra realizar este tipo de descripciones y poder manejar la presentada en este trabajo como muestra de referencia. Ya que no consta que haya estudios de este tipo con personas con trastorno mental grave. Además, cabe destacar que este perfil de la muestra refleja una tendencia evitativa que podría tener un componente más conductual de la resolución de problemas. Por lo tanto, la baja percepción de la sensación de capacidad para la resolución de problemas puede estar relacionada con la tendencia a evitar los mismos o a la presencia de comportamientos pasivos cuando estos se presentan. Es razonable pensar que la retirada social que se produce, en muchos casos, con la aparición del trastorno, puede influir en forma de hábito que aparece cuando la persona tiene que afrontar situaciones sociolaborales con carácter estresante.

Por otro lado, la recompensa percibida en el contexto laboral, que tiene que ver con el salario y otros beneficios de tipo social vinculados a la propia empresa, es percibida de “mayor” riesgo psicosocial en los centros especiales de empleo (CEE) que en las empresas de tipo ordinarias. En este sentido, se encuentran diferencias significativas en cuanto a las demandas que el propio puesto de trabajo requiere, siendo de mayor exigencia los requisitos de puestos de empresa de tipo ordinaria. La muestra elige contextos de trabajo protegidos, como son los CEE, ya que refieren sentir mayor seguridad, mayor sensación de comprensión a las dificultades aparentes.

Partiendo de estos datos, es necesario desarrollar estrategias de reflexión y medidas de intervención tales como: realizar mejoras en las variables que suponen riesgos de tipo psicosocial tanto en las empresas ordinarias como en los centros especiales de empleo,

generando medidas concretas, más adaptativas y eficientes para un mayor ajuste persona-puesto de trabajo. Podrían realizarse intervenciones específicas que mejoren las condiciones del puesto con el fin de poder reducir posibles riesgos psicosociales y por lo tanto reducir la posibilidad de bajas por enfermedad o absentismo de las personas. Se considera, por otro lado, que la baja capacidad para la resolución de problemas puede estar relacionada con la tendencia a la evitación de los mismos o a conductas pasivas, cuando estos se presentan. La percepción de riesgo social está asociada a la sensación de capacidad para la resolución de los problemas. A mayor sensación de capacidad menor riesgo psicosocial percibido.

A pesar de que en los CRL se trabaja para dotar a la persona de estrategias de afrontamiento en situaciones estresantes y cotidianas, solo se consigue que la persona genere alternativas de solución de los mismos. Otro factor preventivo sería poder compartir este tipo de experiencias con otros y ponerlas en práctica de manera habitual, como lo serían los grupos de ayuda mutua. De esta manera, la persona podría recibir feedback de la manera de hacer, aunque sería necesario un contacto social razonable, que según parece en los datos de la muestra, sería mejorable.

La parte del análisis cualitativo realizada hasta el momento, apunta una preocupación no solo en el ámbito laboral sino también en contextos como el personal y el familiar. Esto justifica por tanto, la necesidad de realizar un abordaje comunitario e integral de la persona que englobe las diferentes áreas en los que esta se desarrolla. También, el poder acceder al análisis de las narrativas de las personas respecto a las situaciones que les produce estrés nos acerca al conocimiento de sus experiencias y por lo tanto nuevas posibilidades de análisis.

La posibilidad de establecer un análisis correlacional a nivel cualitativo y los resultados obtenidos del análisis cuantitativo podrán aportar datos de interés para nuevos estudios específicos que exploren en detalle y nos permitan conocer más información al respecto.

Por otro lado, nos encontramos con un porcentaje bajo de menores de 35 años derivados a los dispositivos de rehabilitación laboral por lo que se debería de promover la atención temprana en los procesos laborales.

También, dos tercios de la población con la que se trabaja son varones y consideramos que se deberían de incluir más a las mujeres en los Centros de Rehabilitación Laboral.

Los resultados finales de esta investigación se encuentran publicados en la revista clínica y contemporánea del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid Numero 2 VOL.10 2019 <https://www.revistaclinica-contemporanea.org/articulo.php?articulo=20190729115001504001>

Agradecimientos

El grupo de trabajo de esta investigación agradece a la Línea de Rehabilitación psicosocial de la entidad de Hermanas Hospitalarias el hecho de haber posibilitado al grupo una parte de la financiación. En este sentido el grupo de trabajo también agradece a cada una de las entidades que han formado parte en este estudio posibilitando también parte de financiación: AFAP, CRL Nueva Vida, Fundación Salto, Fundación el Buen Samaritano, Grupo Exter, Grupo 5, Intress, Fundación Manantial y Walkredi

Este grupo de trabajo está compuesto por los psicólogos y psicólogas pertenecientes a los centros de rehabilitación laboral de la red de atención a personas con enfermedad mental grave de la Comunidad de Madrid: Adriana Sobrino, Alba Lopez, Ana Victoria París, Beatriz Esteban, Begoña Gamero, Carlos Vaquero, Carlos Molinero, Carolina García, Diana Torres, Eva M^a Muñiz, Francisco Ballesteros, Gema Herradón, Mariola Vitutia, Marina Larios, Oscar Mejías, Rosana Calvo, Úrsula Viera y Vanesa Delgado.

Referencias

1. Ballesteros F, Bertina A. Efectividad de la intervención del Equipo de Apoyo Social Comunitario en el funcionamiento psicosocial de las personas con trastorno mental grave. *Revista AEN* 2016; 36(130): 299-323
2. Ballesteros F, Vaquero C, Vitutia M, Molinero C, Larios M, Delgado V, Sobrino A, López A, Herradón G, Gamero B, García C, Torres D, Muñiz EM, Esteban B, Calvo R. Análisis de la percepción de riesgos psicosociales en personas con trastorno mental grave en el contexto laboral. *Clínica Contemporánea* 2019; (2); 10-e11. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/articulo.php?articulo=20190729115001504001>
3. Cano García FJ, Rodríguez L, García Martínez J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Española de Psiquiatría* 2007; 35(1): 29-39.
4. CC.OO (2016. Julio) ¿Qué son los riesgos psicosociales? Recuperado de: <http://istas.net/web/index.asp?idpagina=3938>
5. Luceño L, Martín J. DECORE. Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales. Madrid, TEA Ediciones; 2008
6. Luceño L, Martín J, Rubio S, Jaén M. Psicología y riesgos laborales emergentes, los riesgos psicosociales. *Revista de Psicología y Educación* 2008; 7(2): 111-129.

7. Martín J, Luceño L, Jaén M, Rubio S. Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional Decore, y salud laboral deficiente. *Psicothema* 2007, 19(1): 95-101.
8. OMS. (2001). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Madrid: Autor. Recuperado de: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>
9. Repetti RL, Matthews KA, Waldron I. Employment and women's health: Effects of paid employment on women's mental and physical health. *American Psychologist* 1989; 44: 1394-1401. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.44.11.1394>

FIDMAG informa

DISFUNCIONES EN LA DEFAULT MODE NETWORK EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Publicado un artículo de investigadores de FIDMAG Hermanas Hospitalarias sobre los cambios cerebrales funcionales en el Trastorno Límite de la Personalidad en la revista 'Psychological Medicine'. El estudio demuestra los cambios funcionales que se producen en la Default Mode Network en un grupo de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad.

Salvatore Aguilar-Ortiz, Pilar Salgado-Pineda, Daniel Vega, Juan C. Pascual, Josep Marco-Pallarés, Joaquim Soler, Cristina Brunel, Ana Martín-Blanco, Angel Soto, Joan Ribas, Teresa Maristany, Salvador Sarró, Antoni Rodríguez-Fornells, Raymond Salvador, Peter J. McKenna and Edith Pomarol-Clotet. [IF= 5.64, Q1].

En el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) los hallazgos de neuroimagen funcional publicados hasta la actualidad han sido heterogéneos, encontrando tanto alteraciones estructurales como funcionales asociadas al trastorno. Especialmente, se han descrito afectaciones en las regiones corticales prefrontales y estructuras subcorticales, como la amígdala y el hipocampo, estando implicados los circuitos fronto-límbicos (1,2). En el TLP se han empleado paradigmas emocionales, cognitivos y mixtos (3-5), encontrado alteraciones en la función ejecutiva pero generalmente bajo la influencia de un paradigma emocional. Hasta la fecha, solamente un estudio ha utilizado un paradigma funcional puramente cognitivo (6), mostrando un incremento de activación durante la tarea en regiones de la corteza frontal y temporal, entre otras áreas.

Las alteraciones funcionales en el TLP podrían ser consideradas como un fallo de activación y de desactivación, como se ha observado en otros trastornos psiquiátricos en la región denominada Default Mode Network [DMN] (7). Son diversos los trastornos en los que se han reportado fallos de deactivación en determinadas regiones de la DMN (14), incluyendo la corteza prefrontal medial, como

son la esquizofrenia (8–13), la depresión mayor (15) o el trastorno bipolar (16–17). Es preciso examinar si alguna de estas alteraciones en el TLP puede realmente representar también un fracaso de deactivación, ya que la hiperactivación puede resultar de una mayor activación o reducción de la desactivación en la condición de interés (18).

El objetivo de este estudio se centra en examinar los mapas de activación en una muestra de pacientes con TLP durante la realización de una tarea cognitiva (N-back task), que evalúa memoria de trabajo. Así mismo, se pretende discernir si las alteraciones funcionales podrían estar relacionadas con fallos de deactivación de algunas regiones de la DMN como se ha descrito en otros trastornos psiquiátricos. En sujetos sanos, la ejecución del paradigma N-back genera activaciones en el córtex prefrontal dorsolateral (DLPFC) (19) así como deactivaciones en la Default Mode Network (8). Hasta la fecha, no existe ningún estudio que explore la memoria de trabajo en el TLP con el paradigma cognitivo N-back.

Métodos

Se reclutaron 67 pacientes diagnosticados de TLP, según los criterios diagnósticos del DSM-IV y la entrevista diagnóstica DIB-R (20). Se recogió el tratamiento farmacológico de los pacientes y el antecedente de trastorno depresivo a lo largo de la vida, para llevar a cabo correlaciones clínicas. Paralelamente, se reclutó un grupo de 67 controles sanos que fueron apareados con los pacientes por edad, género y cociente intelectual. Los controles no mostraban historia de enfermedad mental, no habían recibido tratamiento con medicación psicotrópica, y/o no tenían ningún familiar de primer grado con enfermedad psiquiátrica.

Todos los sujetos se realizaron una resonancia funcional de 1.5 Tesla GE Signa scanner en el hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona. Durante la secuencia de resonancia magnética funcional, los

sujetos realizaron la tarea de N-back verbal con la presentación de letras y dos niveles de dificultad de memoria de trabajo (1-back y 2-back). Todos los participantes fueron entrenados en la realización de la tarea antes de entrar en el escáner. Para el análisis de las imágenes individuales de actividad funcional se utilizó el módulo FMRI Expert Analysis Tool del paquete FSL, un programa que modela la respuesta BOLD a las diferentes condiciones de la tarea N-back.

Resultados

El análisis funcional durante la tarea N-back en el contraste 2-back versus basal, puso de manifiesto un fallo de deactivación en los pacientes con TLP respecto a controles en las dos regiones mediales de la DMN, la corteza frontal medial y el precuneus, así como en la corteza temporal bilateral, la región parahipocampal, el hipocampo y la amígdala (Fig 1). Se observó también un aumento de activación bilateral en la cabeza del núcleo caudado en pacientes respecto a los controles sanos. Por último, se halló una reducción de la activación únicamente presente en el contraste 2-back vs 1-back (relacionada con la memoria de trabajo y el nivel de complejidad de la tarea) en el córtex prefrontal y el córtex parietal inferior izquierdo (Fig 2). Los cambios no se relacionaron ni con el antecedente de trastorno depresivo mayor ni con la medicación antipsicótica recibida por los pacientes.

Conclusiones

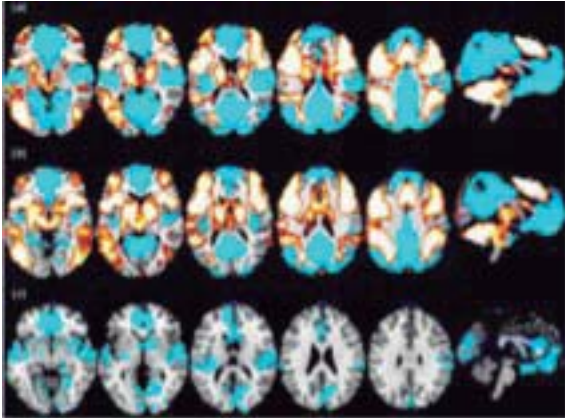
Los hallazgos obtenidos en este estudio parecen apuntar hacia una disfunción del circuito fronto-límbico-basal, dando soporte al correlato clínico-anatómico del TLP, donde la disregulación emocional, la impulsividad, las distorsiones cognitivas y las dificultades de las relaciones interpersonales de los pacientes cobrarían sentido.

El fallo de desactivación en la DMN hallado en la corteza frontal medial en los pacientes con TLP, así como los resultados de conectividad en estado de reposo, obtenidos en otro estudio realizado en FIDMAG (21), puede ayudar a una mejor comprensión del TLP. Por último, los hallazgos de este estudio deberían añadir al TLP a la lista de trastornos psiquiátricos –entre otros la esquizofrenia, el trastorno afectivo mayor y el autismo– que parecen caracterizarse también por una disfunción en la DMN. Así mismo, sería posible especular que ésta disfunción pudiera tener relación con la dificultad que tienen los pacientes con TLP para redirigir su atención, frecuentemente focalizada en pensamientos y juicios internos generalmente de valencia negativa, hacia la resolución de las tareas que acontecen en el medio.

Por otro lado, teniendo en cuenta la bibliografía previa y otro reciente artículo de neuroimagen estructural en una muestra de pacientes TLP desarrollado también por FIDMAG (22), parece existir una confluencia de todas las alteraciones de neuroimagen estructural y funcional en la zona frontal medial de sustancia blanca y gris, así como en estructuras subcorticales, principalmente amígdala e hipocampo.

Las alteraciones estructurales y funcionales halladas podrían explicar de alguna manera la conducta observada en los pacientes con TLP.

www.fidmag.org



*Figura 1:
Regiones de activación (rojo) y deactivación (azul)
en el contraste 2-back versus basal, en sujetos sanos
(a) y en pacientes con TLP (b). Regiones donde se
encuentran diferencias de activación entre pacientes
y controles (c).*

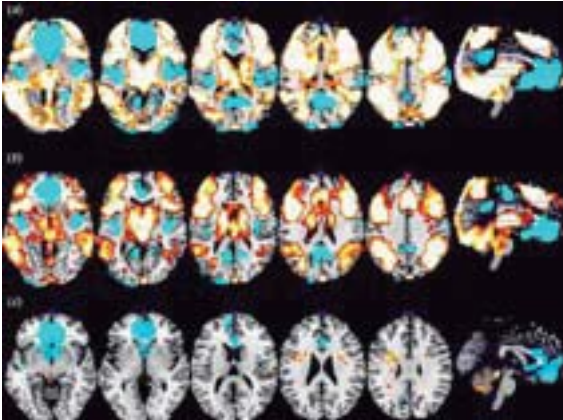


Figura 2:
Regiones de activación (rojo) y desactivación (azul)
en el contraste 2-back versus 1-back, en sujetos sanos
(a) y en pacientes con TLP (b). Regiones donde se
encuentran diferencias de activación entre pacientes
y controles (c).

Referencias

1. Lis E, Greenfield B, Henry M, Guilé JM, Dougherty G. Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *J Psychiatry Neurosci*. 2007 May;32(3):162–73.
2. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet* (London, England). 2011 Jan;377(9759):74–84.
3. Ruocco AC. The neuropsychology of borderline personality disorder: a meta-analysis and review. *Psychiatry Res* [Internet]. 2005 Dec 15 [cited 2017 Dec 18];137(3):191–202.
4. Hagenhoff M, Franzen N, Koppe G, Baer N, Scheibel N, Sammer G, et al. Executive functions in borderline personality disorder. *Psychiatry Res* [Internet]. 2013 Nov 30 [cited 2017 Apr 3];210(1):224–31.
5. Holtmann J, Herbort MC, Wüstenberg T, Soch J, Richter S, Walter H, et al. Trait anxiety modulates fronto-limbic processing of emotional interference in borderline personality disorder. *Front Hum Neurosci* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 28];7.
6. Mensebach C, Beblo T, Driessen M, Wingenfeld K, Mertens M, Rullkoetter N, et al. Neural correlates of episodic and semantic memory retrieval in borderline personality disorder: an fMRI study. *Psychiatry Res*. 2009 Feb;171(2):94–105.
7. Buckner RL, Sepulcre J, Talukdar T, Krienen FM, Liu H, Hedden T, et al. Cortical hubs revealed by intrinsic functional connectivity: mapping, assessment of stability, and relation to Alzheimer's disease. *J Neurosci*. 2009 Feb;29(6):1860–73.
8. Pomarol-Clotet E, Salvador R, Sarró S, Gomar J, Vila F, Martínez A, et al. Failure to deactivate in the prefrontal cortex in schizophrenia: dysfunction of the default mode network? *Psychol Med*. 2008 Aug;38(8):1185–93.

9. Mannell M V., Franco AR, Calhoun VD, Cañive JM, Thoma RJ, Mayer AR. Resting state and task-induced deactivation: A methodological comparison in patients with schizophrenia and healthy controls. *Hum Brain Mapp* [Internet]. 2009 Mar [cited 2017 Apr 3];31(3):NA-NA.
10. Whitfield-Gabrieli S, Thermenos HW, Milanovic S, Tsuang MT, Faraone S V, McCarley RW, et al. Hyperactivity and hyperconnectivity of the default network in schizophrenia and in first-degree relatives of persons with schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2009 Jan;106(4):1279–84.
11. Salgado-Pineda P, Fakra E, Delaveau P, McKenna PJ, Pomarol-Clotet E, Blin O. Correlated structural and functional brain abnormalities in the default mode network in schizophrenia patients. *Schizophr Res* [Internet]. 2011 Feb [cited 2017 Apr 3];125(2–3):101–9.
12. Schneider FC, Royer A, Grosseclin A, Pellet J, Barral F-G, Laurent B, et al. Modulation of the default mode network is task-dependant in chronic schizophrenia patients. *Schizophr Res* [Internet]. 2011 Feb [cited 2017 Apr 3];125(2–3):110–7.
13. Dreher J-C, Koch P, Kohn P, Apud J, Weinberger DR, Berman KF. Common and Differential Pathophysiological Features Accompany Comparable Cognitive Impairments in Medication-Free Patients with Schizophrenia and in Healthy Aging Subjects. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2012 May 15 [cited 2017 Apr 3];71(10):890–7.
14. Broyd SJ, Demanuele C, Debener S, Helps SK, James CJ, Sonuga-Barke EJS. Default-mode brain dysfunction in mental disorders: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2009 Mar;33(3):279–96.
15. Grimm S, Boesiger P, Beck J, Schuepbach D, Bermpohl F, Walter M, et al. Altered negative BOLD responses in the default-mode network during emotion processing in depressed subjects. *Neuropsychopharmacology*. 2009 Mar;34(4):932–43.

16. Fernández-Corcuera P, Salvador R, Monté GC, Salvador Sarró S, Goikolea JM, Amann B, et al. Bipolar depressed patients show both failure to activate and failure to de-activate during performance of a working memory task. *J Affect Disord*. 2013 Jun;148(2-3):170-8.
17. Pomarol-Clotet E, Moro N, Sarró S, Goikolea JM, Vieta E, Amann B, et al. Failure of de-activation in the medial frontal cortex in mania: evidence for default mode network dysfunction in the disorder. *World J Biol Psychiatry*. 2012 Dec;13(8):616-26.
18. Gusnard DA, Raichle ME. Searching for a baseline: functional imaging and the resting human brain. *Nat Rev Neurosci*. 2001 Oct;2(10):685-94.
19. Owen AM, McMillan KM, Laird AR, Bullmore E. N-back working memory paradigm: a meta-analysis of normative functional neuroimaging studies. *Hum Brain Mapp*. 2005 May;25(1):46-59.
20. Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Tejero A, Pascual JC, Alvarez E, et al. [Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R)]. *Actas españolas Psiquiatr*. Jan;32(5):293-8.
21. Salvador R, Vega D, Pascual JC, Marco J, Canales-Rodríguez EJ, Aguilar S, et al. Converging Medial Frontal Resting State and Diffusion-Based Abnormalities in Borderline Personality Disorder. *Biol Psychiatry*. 2014 Sep.
22. Salvatore Aguilar-Ortiz, Pilar Salgado-Pineda, Josep Marco-Pallarés, Juan C. Pascual, Daniel Vega, Joaquim Soler, Cristina Brunel, Ana Martín-Blanco, Angel Soto; Joan Ribas, Teresa Maristany, Salvador Sarró, Raymond Salvador, Antoni Rodríguez-Fornells, E PJM. Abnormalities in gray matter volume in patients with borderline personality disorder and their relation to lifetime depression: a VBM study. *PLoS One*. 2018;(DOI: 10.1371/journal.pone.0191946).

COLABORADORES QUE HAN PARTICIPADO EN LA EVALUACIÓN DE MANUSCRITOS DURANTE EL AÑO 2019

Dr. Pedro Roy

Dr. Manel Sánchez

Dra. Anna Serra

Dr. David Chesa

Dr. Manuel Martín Carrasco

Dr. J. Ignacio Quemada

Sra. Anna Rafanell

Dr. Fernando Boatas

Dr. Jesús Ruiz

Dr. Francisco del Olmo

Dr. Carlos Franquelo

Sra. Isabel Haro

Sr. José Luis Trujillo



Hermanas
Hospitalarias

www.informacionespsiquiatricas.com
www.hospitalarias.es

