



Hermanas  
Hospitalarias

---

# Informaciones **Psiquiátricas**

Nº. **234**

**4.º** Trimestre

2018



---

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<sup>a</sup>. Dra. M<sup>a</sup> 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](mailto:informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es)

[www.informacionespsiquiatricas.com](http://www.informacionespsiquiatricas.com)

[www.hospitalarias.es](http://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](mailto:informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es) o mediante acceso directo en [www.informacionespsiquiatricas.com](http://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 correlativa, y en el interior del texto constará siempre dicha numeración.
  - b) Las citas de artículos de revistas se efectuarán de la siguiente manera:
    - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
    - Título del trabajo en su lengua original.
    - Abreviatura de la revista, de acuerdo con la norma internacional.
    - Año, número de volumen: página inicial-página final. Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Sheves P, Cavicchia S, et al. Antidepressants in "depressed" schizophrenic inpatients. A controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(10):922-8.
  - c) Las citas de libros comprenderán por el siguiente orden:
    - Apellidos e 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 claudatos.
    - 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.



## Editorial.

# Reseña histórica de la revista Informaciones Psiquiátricas

La revista *Informaciones Psiquiátricas* fue fundada en el año 1955, por el Dr. Diego Parellada Feliu, Director Médico del Centro Psiquiátrico N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> de los Dolores de Sant Boi, con el objetivo de demostrar a la sociedad médica del momento, un tanto crítica frente a los “manicomios” de entonces, que en aquel centro “... también se producía ciencia...”.

Desde el momento de la fundación de la Revista el Dr. Parellada quiso inscribirla a nombre de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, en la Agencia Internacional Técnico Legal de la Propiedad Industrial, pero no lo consiguió por la imposibilidad de inscribir ese patrimonio a nombre de instituciones religiosas. En consecuencia se inscribió a su nombre, Dr. Parellada.

Figuró a su nombre hasta el año 1976, momento en el que el Dr. Parellada hizo cesión del patrimonio de la Revista a favor de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, ante el notario Don Fernando Poveda Martín, en escritura firmada en su presencia, el 20 de mayo de 1976, por el mismo Dr. Parellada, y en representación de la Congregación, la Rvda. Madre Victoria López Calzada, aportando la Congregación el valor simbólico de 100 pts.

Al cese del Dr. Parellada como director médico, asume dicha dirección el Dr. Tomás Arranz, quien propone a la Superiora General, Sor Piedad Núñez, la conveniencia de actualizar la Revista, proceso que se inicia de forma inmediata.

La Sede de la gestión de la misma siempre ha sido el Psiquiátrico N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> de los Dolores, en Sant Boi, cuyo nombre cambió con

el correr de los años, actualmente Benito Menni, Complejo Asistencial en Salud Mental-CASM. Los documentos históricos originales se encuentran en dicha sede, y una copia completa se encuentra en el Archivo General de la Casa General de Roma.

La reforma solicitada por el Dr. Tomás Arranz y aprobada por la Superiora General, se va consolidando con el paso de los años, con más o menos dificultades. Fue la misma Superiora General, la que responsabilizó de la gestión administrativa a sor Teresa López Beorlegui, mediante carta dirigida a la interesada el 26 de enero de 1976 y que hace extensiva a todos los miembros del Consejo de Redacción.

Así llegamos al año 1988, año en el que sor Teresa López es elegida Superiora General de la Congregación. Durante los 12 años de su gobierno en Roma, delegó la responsabilidad de la revista a sor María Garayoa, asumiendo ella la dirección administrativa a efectos de representación institucional.

El hecho de que contribuyeran todas las provincias de la Congregación a la financiación económica de la revista, según la reforma de sor Piedad Núñez, suponía reconocer el ámbito congregacional total de la misma. Posteriormente, a partir de 1997, se pasó a incluir el presupuesto de la revista en el presupuesto anual del Gobierno General, garantizándose definitivamente su financiación. En este mismo año se inicia la segunda reforma de la revista, más simple en el formato externo y en la distribución de las especialidades.

En el año 2006 se produce un hito significativo para la revista *Informaciones Psiquiátricas*. Coincidiendo con el 125 aniversario de la Congregación, se inicia la celebración interprovincial (de las tres provincias de España) de las Jornadas de Psicopatología Clínica de la revista, instituyéndose desde entonces con frecuencia bianual.

La tercera y última reforma de la revista tuvo lugar en 2014, pasando de soporte papel a soporte digital, coincidiendo con el nº 216 de la publicación.

En Octubre de 2016, sor Teresa López comunica su decisión de abandonar la dirección de la revista. Sor M<sup>a</sup> Ester Berruete, consejera general, que la acompaña en este emotivo momento y todo el Consejo de Dirección, agradecen los 45 años de dedicación de sor Teresa, todo su esfuerzo e interés, así como el apoyo mostrado siempre en mantenerla en activo.

En reunión celebrada en el contexto de las VI Jornadas de *Informaciones Psiquiátricas*, en abril de 2018, Sor M<sup>a</sup> Esther Berruete, consejera general, informa que la gestión de la revista, asumida por la casa General de Roma, pasará a partir de ahora a la Provincia de España, dado que su gestión y contenidos recaían casi en su totalidad en los centros de España. Así mismo, los doctores Josep Treserra y Jose Miguel Cebamanos, que asumían la función de dirección y jefe de redacción respectivamente, comunican la decisión de dejar la revista debido a su próxima jubilación. Todo el Consejo de Dirección y sor M<sup>a</sup> Ester Berruete en nombre propio y del Gobierno General, les agradecieron sus muchos años de dedicación y el entusiasmo puestos en favor de la revista. De igual



modo se agradece la labor de Benito Menni Complex Asistencial en Salud Mental que albergó la revista y la ayudó en su desarrollo y actualización.

Así llegamos a noviembre de 2018, fecha en la que se reúne el nuevo Consejo de Dirección ya nombrado por el Gobierno de la Provincia de España en la sede de la misma y que pasará a las oficinas provinciales de Barcelona. Para esta nueva etapa la revista cuenta con el Dr. Pedro Roy, Director Médico del Hospital Mare de Déu de la Mercè, que asume su dirección, y con el Sr. José Luís Arroyo, Director Técnico de la Clínica San Miguel (Línea Rehabilitación Psicosocial) como jefe de redacción. Al mismo tiempo se amplía la constitución del mismo, y se renueva el Consejo de Redacción. Una nueva andadura cuyo objetivo seguirá siendo dar a conocer los avances del conocimiento en las diferentes disciplinas que conforman la Obra Hospitalaria, pero también abierta a vehicular la producción científica de los profesionales e instituciones de nuestro entorno, con quienes cada vez mantenemos una mayor comunicación.

**Sor Teresa López y sor Elisa Sánchez**

*Diciembre de 2018*



- 13    **LOS SOLDADOS PERSAS DE LAS CORTINAS DE FOULKES, O LA AGRESIVIDAD EN TERAPIA DE GRUPO**  
Alfredo Felices de la Fuente / Laura Blanco Presas
- 23    **LOS JÓVENES TUTELADOS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA ATENDIDOS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE EDUCACIÓN INTENSIVA (CREI) DE CATALUÑA**  
Lorena Delgado Magro
- 39    **PERFILES DE PACIENTES INTEGRADOS EN UN SERVICIO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL**  
Juliana da Silva Nunes / Diana Figueiredo / Tiago Ventura Gil / Ana Filipa Teixeira / Diana Sousa / Sara Ramos / Bianca Jesus / João Correia / Pissarra da Costa
- 47    **PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN BASADOS EN MINDFULNESS: ¿POR QUÉ UTILIZARLOS CON CUIDADORES?**  
Celia Mareca Viladrich
- 66    **FIDMAG informa**



---

## LOS SOLDADOS PERSAS DE LAS CORTINAS DE FOULKES, O LA AGRESIVIDAD EN TERAPIA DE GRUPO

---

### Alfredo Felices de la Fuente

Responsable y psicólogo adjunto CAS Sant Boi.

Psicoterapeuta.

Complejo Asistencial en Salud Mental Benito Menni. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.

afelices.hbmenni@hospitalarias.es

### Laura Blanco Presas

Psicóloga clínica UPD Benito Menni.

Neuropsicóloga.

Complejo Asistencial en Salud Mental Benito Menni. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.

lblanco.hbmenni@hospitalarias.es

*Una primera versión de este artículo se presentó en las I Jornadas de Psicoterapia de Grupo, organizadas por la Sección de Psicoterapia de Grupo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, que tuvieron lugar los días 5-6 de octubre de 2017.*

## Resumen

La agresividad ofrece un potencial creativo y de transformación al grupo, y la importancia de atender a la parte más oscura, disruptiva del ser humano permite que potenciemos el insight y la integración de nuevos puntos de vista. Atenderemos no sólo a las áreas en las que la psicoterapia de grupo ayuda al individuo, sino también a las dificultades que estar en un grupo de estas características genera. Tomando como guía el concepto de antiggrupo redefinido por Nitsun en 2015, y las aportaciones de Bion y Foulkes a la hora de explicar los fe-

nómenos grupales, describimos los procesos destructivos que tienen lugar, amenazan y potencian el funcionamiento de los grupos de psicoterapia para la deshabitación de sustancias psicoactivas. Más allá de los procesos intragrupales relacionados con la tarea, tales manifestaciones de agresividad pueden derivar de la actitud de los terapeutas: Su impacto en la capacidad para crear un ambiente sustentador, creativo y de transformación individual y grupal es fundamental.

**Palabras clave:** Agresividad. Antiggrupo. Continente. Contenido. Transformación.

## Abstract

Aggressiveness offers a creative potential of transformation to the group. The importance of attending to the darkest, disruptive parts of the human beings, promotes insight and integration of new points of view. We will not just consider the areas in which the group psychotherapy helps the individual, but also the difficulties that being in a group of these characteristics generates. Taking as a guide the concept of anti-group revisited by Nitsun in 2015, and the contributions of both Bion and Foulkes explaining the group phenomena, we describe the destructive processes that take place, threaten and promote the functioning of the psychotherapy groups for patients with a drug addiction problem. Beyond the processes related to the task, such manifestations of aggressiveness can derive from the therapists' attitude to the work, which is key in creating a supportive environment of individual and group transformation.

**Key Words:** Aggressiveness. Anti-group. Container. Contained. Transformation.

## Introducción

Es una vieja historia, pero nunca pasa de moda. Aquella en la que el fundador del grupo-análisis, S.H. Foulkes, se decide a comprar unas cortinas para su despacho, y para ello se dirige a una de las tiendas más prestigiosas (y caras) de Londres, pero se le olvidan las gafas. De todos modos, ha ido a comprar cortinas, y así lo hará. Escoge una tela repleta de colores, con motivos persas, de los que no acaba de ver los detalles al no tener las gafas, pero cuya tonalidad le agrada. Unas semanas más tarde, al recibir las cortinas listas para colgarlas, ve que éstas reproducen una escena bélica, con soldados persas capturados y degollados. La sorpresa es mayúscula al darse cuenta.

Esta anécdota se sigue utilizando para mostrar la tendencia de algunos terapeutas de grupo a mirar por encima, o no ver, los aspectos más oscuros y disruptivos del grupo. La "ceguera" de Foulkes puede indicar una visión idealizada y excesivamente optimista del trabajo grupal, y la necesidad de enfocar nuestra visión hacia algo que está ahí, si lo queremos ver, claro está.

Así que seguimos con experiencias. Porque siempre hemos pensado que uno escribe desde la experiencia, y en este caso no iba a ser menos. Nos enfrentábamos a la idea de escribir sobre las manifestaciones de la agresividad en el seno de la terapia de grupo para pacientes con trastornos por consumo de sustancias justo cuando parecía que el grupo de terapia para la deshabituación de cocaína se desintegraba, y cuando estábamos en un periodo de cambio en el equipo (grupo) multidisciplinar, con la marcha de una figura líder dentro del equipo y la llegada de un nuevo profesional. Ha coincidido así. Euforia, temor, ilusión, enfado, todo se mezclaba. Y es ahí donde, de repente, todo

lo que estaba ordenado en nuestras cabezas y que queríamos comunicar en este artículo se transformó, tomó otro ángulo:

- 1) La idea del grupo de terapia como el seno familiar aparece de una manera más vívida que nunca;
- 2) Los pacientes que atienden cada semana dicho grupo pueden verse como miembros de una familia. Hay bebés, infantes, adolescentes, y adultos. Todos pueden pasar por estas fases evolutivas en una misma sesión;
- 3) ¿Nos dejamos las gafas en casa o miramos las figuras a las que dan forma esos colores?

Las manifestaciones (sanas, patológicas, etc.) del bebé, paciente o grupo, dependerán en gran medida de las interacciones con los padres o terapeuta. Toda manifestación psíquica y vincular depende del contexto intersubjetivo en que tiene lugar. ¿Y por qué es importante explicar este punto? Porque vemos cómo el desarrollo individual sucede en un ámbito grupal, y cómo la agresividad nace en la persona, pero habitualmente se manifiesta en el grupo(s) al (a los que) que pertenece. O cómo nace en el grupo, pero a veces lo manifiesta una sola persona. En definitiva, podríamos afirmar que la agresividad aparece gracias a que otro(s) expresa una opinión, o se comporta de una forma diferente a la esperada (es decir, a la nuestra). De este triángulo (idea propia-idea grupal-nueva idea mezcla de ambas) que evidencia la diferencia surge el conflicto.

Generalmente asumimos que la psicoterapia de grupo es un “buen lugar”, entendido como un lugar seguro donde acudir, y que la causa de cualquier problema que se presenta en el seno grupal reside en los individuos que lo componen, en vez de pensar que el mismo grupo crea un entorno problemático que despierta el aislamiento y la actividad

destrucciona que, en última instancia, menoscaba el poder terapéutico del grupo. Y es que sabemos que durante la fase edípica, una etapa fundamental para la diferenciación, la agresividad se manifiesta de forma clara, y se dirige hacia los progenitores o los hermanos. Tomando esta idea, y adaptando a Winnicott (1958)<sup>1</sup>, definiríamos la agresividad como un elemento fundamental en los procesos de discriminación, diferenciación y des-idealización, ya sea en el desarrollo de un proceso grupal o en relaciones cotidianas.

No olvidemos, eso sí, que la agresividad es algo que hace daño y produce dolor. Quizá las dos vías más potentes a través de las cuales podemos dañar al otro o sentirnos dañados son:

- 1) Atacando su narcisismo (o sentirnos atacados)
- 2) Haciendo que se sienta culpable (o sentirnos culpables)

La actividad profesional que realizamos constantemente nos expone a ser y sentirnos atacados en este sentido; y esta exposición puede hacer que realicemos intervenciones agresivo-defensivas que bloquean o entorpecen el proceso grupal. Las manifestaciones de agresividad pueden ser la resultante de procesos defensivos de resistencia (del grupo y de los terapeutas), o bien apuntar hacia procesos estructurantes. El enfoque que adoptemos marca en gran medida el rumbo y signo (emocional) de nuestras intervenciones: El que determinada manifestación resulte sana o patológica depende también del signo que pongamos en nuestra mirada.

## La agresividad en el seno de la terapia de grupo:

Nuestro trabajo de grupo se realiza en el Centro de Atención y Seguimiento a las drogodependencias (CAS) de Sant Boi de Llobregat, localidad de Barcelona, gestionado por Benito Menni C.A.S.M., y concertado con el servicio público de salud de Cataluña (CatSalut). Cada semana se realizan cuatro grupos de psicoterapia, de carácter semiaabierto, para la deshabituación de sustancias (dos grupos de alcohol de distintos niveles, uno de cocaína, y uno de seguimiento post-alta hospitalaria) y un grupo de terapia para familiares. El tiempo medio de tratamiento grupal son 18 meses. La intervención terapéutica grupal incluye los componentes básicos de corte cognitivo-conductual del tratamiento de la adicción de cara a la consolidación de la abstinencia de tóxicos, y un trabajo grupal siguiendo la concepción de grupo de Bion (el individuo y sus perturbaciones como punto nodal en una dinámica de grupo, tanto contribuyendo a las tensiones del grupo como reflejándolas) y el enfoque de la terapia grupoanalítica y su idea de matriz grupal. Se potencia la participación e intervención de los integrantes del grupo a partir de la exploración y de la narración de la propia experiencia personal, de las vivencias del aquí y ahora, y cómo todo ello afecta en los diferentes ámbitos de su vida, con un foco predominante en la conducta adictiva. Hemos creído importante especificar este modelo de intervención que hemos ido probando y finalmente asumiendo porque afecta a la forma en la que se manifiesta o se mantiene la agresividad en el seno grupal.

El lenguaje, la manera en que se describen las vivencias pasadas, la música que se tararea o menciona, los gestos que se hacen, etc., tienen un sentido diferente en un

grupo de tratamiento para las adicciones. Es común en estos grupos la prohibición del uso de jerga, de ofrecer detalles (“recrearse”) cuando se narran consumos, recaídas o historias pasadas, de hacer gestos asociados al consumo (p.ej. liar un porro, cortar cocaína) pero no por ello suceden menos en el seno grupal, como podemos esperar. Estos hechos pueden vivirse, sentirse e interpretarse de diferentes formas, pero casi siempre tienen un elemento común, inconsciente en ocasiones, de agresividad, de ataque al vínculo, al continente (el grupo terapéutico formado por todos sus miembros) y al contenido (lo que se dice y acuerda en el seno grupal, el grupo de trabajo, según lo descrito por Bion); es decir, a veces la agresividad sucede *en* el grupo (entre miembros) y a veces se dirige *hacia* el grupo (la tarea grupal). Según seamos los terapeutas, o bien de aquellos que rápidamente exhibimos nuestra autoridad al paciente, o de los que permitimos el cuestionamiento a las normas, veremos cómo reacciona el grupo ante estos ataques. ¿Fomentamos o no una exploración del sentido de dichos ataques? Según el día que tengamos los componentes del grupo, haremos una u otra, pero algo es claro en adicciones: Los límites son fundamentales, con lo que encontrar el punto medio a veces cuesta. Cada día afrontamos el riesgo de que nuestra permisividad en la conducta de los miembros del grupo pueda aumentar la probabilidad de recaída en los demás. La agresividad ofrece un potencial creativo y de transformación al grupo, pero depende de la actitud sustentadora del terapeuta que la balanza se decante hacia uno y otro lado.

Freud<sup>2</sup>, en su reflexión sobre el “Análisis terminable e interminable”, desafía la visión optimista del modelo psicoanalítico que defendía que el tratamiento aporta estructura, integración y progreso al desarrollo de la



persona. El padre del psicoanálisis desafía esta visión señalando que el yo tiene limitaciones en su capacidad organizativa e integradora, y que resulta debilitada ante los envites de las demandas instintuales. Aquí tenemos el instinto de muerte. Y como Freud, Foulkes creía en el *Thanatos*, o al menos en la universalidad de los procesos destructivos y autolesivos, pero, al contrario que Freud, no incorporó esta visión en su modelo teórico. Nosotros, en nuestro trabajo diario, sí lo incorporamos, sin abandonar una mirada y énfasis en las partes completas (la idea de matriz grupal, siendo quizá el más claro ejemplo de la predisposición de Foulkes a fusionar elementos independientes), pero incluyendo conceptos postkleinianos que nos ayudan a entender los impulsos destructivos como fuerzas movilizadoras de las relaciones interpersonales. Por ejemplo, las ideas de Melanie Klein sobre los mecanismos de defensa de proyección, escisión e identificación proyectiva, que nacen de la envidia y la agresividad más primitiva, son importantes aspectos del devenir grupal:

Ante la realidad de dos futuras altas terapéuticas de las que comienza a hablarse en uno de los grupos de alcohol, Oriol se mantiene callado desde que se mencionaron a los dos candidatos al alta. Son otros dos miembros los que, una vez cumplidos los objetivos terapéuticos acordados, abandonarán el grupo en 2-3 meses. Ante su silencio y semblante serio, los miembros le preguntan qué le sucede, a lo que Oriol responde, apretando los dientes, que “él tendría que ser el siguiente, el primero en marchar. Lo merezco”. Se dirige al terapeuta cuestionando no estar entre los candidatos al alta, hablando de “tiempos de tratamiento, de la normativa que él ha cumplido

siempre” Esto da paso a que los que tendrán el alta hablen de sus miedos ante esa futura marcha, de lo que supone que les llegue el turno de ser “los primeros”, de la responsabilidad que sienten al ser “los mayores”, y el temor de quedarse sin el apoyo del grupo (“independizarse, separarse”). Ambas aportaciones, tanto de Oriol como de los que marcharán, permiten que pensemos en la diferencia entre hablar de lo interno (sentimientos, temores, alegrías) y hablar de lo externo (normas, tiempos), y potenciar el trabajo de insight individual y grupal de lo que supone “estar de alta” o “quedarse”.

La envidia nace de una herida narcisista, como podemos ver en este ejemplo, y aparece con frecuencia en el seno del grupo de terapia: Estar en un grupo confronta al individuo con la diferencia, ya que la comparación con otros miembros de grupo, incluido el terapeuta, es inevitable. El grupo está siempre maduro para recoger el fruto de la envidia, pero nuestra labor es reconocer las capacidades de sus miembros, y de este modo contrarrestar esos sentimientos de envidia, y las subsecuentes vergüenza y humillación. W. Bion (1980)<sup>3</sup> aplica directamente estos conceptos al estudio de las dinámicas de grupo, describiendo tres *supuestos básicos*, o estados primitivos de funcionamiento grupal, que amenazan el cumplimiento del objetivo del trabajo grupal. La propia y traumática experiencia de Bion como soldado, enfrentándose a la pérdida y viviendo en carne propia los horrores de la 1ª Guerra Mundial, puede que fuera la base de su posterior interés en la dinámica grupal, ya que en sus escritos autobiográficos él ya describe las regresiones que sufrió durante esta etapa. Su teoría sobre grupos toma como base esa regresión a un estadio anterior a lo mental.

Bion nos describe el funcionamiento grupal, que aúna tanto la dimensión individual y social como la cualidad consciente o inconsciente de las ideas. Habla de la existencia, en todo ser humano, de una base protomental, que se define como anterior a lo mental. Esta base protomental es el caldo de cultivo de los supuestos básicos de grupo; la participación en estos procesos es instantánea, inevitable e instintiva.

El primer supuesto básico que Bion describe es la *dependencia*. Se equipararía a las necesidades que tiene el bebé después de su nacimiento, en cuanto a protección y dirección. Este supuesto dice que el grupo necesita que alguien lo dirija, que diga lo que hay que hacer, que lo nutra tanto material como espiritualmente. Esta tarea recae en el terapeuta, de quien se esperan las intervenciones y soluciones. Los miembros del grupo se sienten inseguros, lo que se traduce en la búsqueda de relaciones individuales, exclusivas, con el terapeuta. La función del terapeuta es facilitar al grupo para salir de este estado amental y lograr una mentalidad grupal.

El segundo es el supuesto básico de *lucha/fuga*. Se equipararía a la utilización del mecanismo de escisión en la posición esquizoparanoide. El grupo se reúne para luchar contra algo o huir de ese algo. Está preparado para hacer cualquiera de los dos indistintamente. Cuando este supuesto básico define al grupo, existe una ansiedad persecutoria donde se busca un enemigo fuera del grupo, enemigo externo al que se dirigirán todos los ataques. Un ejemplo sería el hecho de que el grupo centre su atención en los miembros ausentes en una determinada sesión, o centrando su hostilidad en la figura del terapeuta. Esto, aunque en cierto modo une al grupo, también crea mayor desorientación ya que impide el trabajo conjunto, que está orientado al crecimiento personal y grupal.

El tercer supuesto es el de *apareamiento*, de clara influencia mesiánica, donde una pareja de miembros cobran protagonismo debido a la percepción del grupo de que tienen una relación especial, relación que ofrece esperanza y sensación de continuidad a dicho grupo. Este supuesto se equipara a la utilización de la idealización esquizoparanoide, con las expectativas puestas en lo que puede producir, crear, el contacto entre dos miembros.

Estos supuestos básicos representan la lucha entre mantenerse como único o como miembro de algo mayor. La idea de interdependencia individuo-grupo, y las consecuencias de tal relación, es descrita cuando Bion (1980) afirma que “el individuo es un animal de grupo en guerra, no sólo con el grupo, sino también con él mismo por ser un animal de grupo, y con todos aquellos aspectos de su personalidad que potencian su atracción por lo grupal”. La intervención del terapeuta rompe con estos supuestos amentales, facilitando el pase a una fase de grupo de trabajo, una fase con connotaciones depresivas (Klein 1997)<sup>4</sup>, donde los miembros del grupo comienzan a mostrar una capacidad para colaborar y pensar en el otro.

Tomando de Paul Schilder (1958)<sup>5</sup> la noción de imagen del cuerpo, Bion (1984)<sup>6</sup> desarrolló la idea de que los grupos y los individuos están compuestos de un continente y un contenido. Si bien, para un sujeto dado, el grupo funciona como un continente, cada sujeto tiene también en sí un contenido (una nueva idea que aportar, por ejemplo). Desde un punto de vista evolutivo, habla de la relación dinámica entre la experiencia que es proyectada (por el bebé), es decir, el contenido, y un objeto que absorbe la experiencia, lo que sería el continente (el cuidador). Si todo va bien, la relación entre ambos es una de construcción de significado comple-

to: El cuidador entiende, por ejemplo, que el bebé tiene sed, y le da de beber a la vez que le dice unas palabras que describen esa sed que siente el bebé. Si la cosa no va tan bien, factores como la envidia o la avaricia impiden la comunicación y el aprendizaje en el futuro. Bion, al igual que previamente Freud, habla de la homeostasis en la díada madre-hijo, la cual permite al bebé pasar de la actividad de pura descarga de tensión ante las necesidades del instinto de conservación, a la búsqueda del objeto que calma, no sólo satisfaciendo la necesidad hambre, sino también, brindando calor y afecto. En este circuito empático de la díada madre - hijo, es decir, lo relacional, se juega una parte muy importante de la historia de cada niño, que se actualiza y trabaja en el ámbito grupal.

Esta idea de grupo como madre, o cuidador, es compartida por ambos Bion y Foulkes. La noción de la dualidad implícita al pensar en el grupo como madre/cuidador (contenedor o no contenedor) enfatiza la posibilidad de tener los opuestos creación/destrucción bajo el mismo paraguas, esto es, en un mismo grupo. La fuerza del símbolo maternal hace posible unir los opuestos en el contexto grupal.

## El antigrupos, o cómo no podemos hacer la vista gorda a la agresividad grupal:

Desde esta perspectiva, Nitsun (2015)<sup>7</sup> nos habla del concepto de antigrupos. El antigrupos es un término con el que describimos e intentamos comprender los procesos destructivos que amenazan el funcionamiento del grupo de terapia. Nitsun menciona diversas fuentes de origen, como son la desconfianza hacia el proceso grupal, la frustración de las necesidades narcisistas que sucede en el grupo, o la agresividad que se activa entre

los miembros. Este concepto intenta señalar la naturaleza paradójica de los grupos y su potencial destructivo, esencialmente de cara a maximizar el poder creativo de los mismos. Es un concepto *para* el grupo, para su desarrollo. Ateniéndonos a lo que hoy nos interesa, podríamos describir el antigrupos como un fallo en la relación continente-contenido. A través de la identificación proyectiva, el grupo fallido (continente fallido) resulta impregnado de elementos caóticos y persecutorios de lo que no ha sido contenido, dejando a los miembros del grupo perdidos en una nube de experiencias que no son ni entendidas ni digeridas. El aprendizaje, en este caso, resulta imposible. La conexión y el significado que deseamos falla, y no se materializa. El grupo se convierte en una experiencia vacía y aversiva, donde los miembros eluden toda responsabilidad por lo que está pasando:

El *impasse* y las continuas caídas en el consumo de los pacientes que atendían la terapia de grupo para la deshabituación de la cocaína hace un año, fue interpretada en estos términos, y mis propias respuestas subjetivas sirvieron como reflejo de lo difícil que estaba resultando “vivir” este grupo, pero sobre todo ofreció una guía hacia la comprensión de la agresividad grupal y la resolución de la misma.

Un año después, con otros pacientes, volvemos a estar en un punto similar, después de mis vacaciones, y el ataque hacia el continente, verbalizado en “tres semanas de vacaciones son muchas vacaciones. A ver qué íbamos a hacer sin el grupo”. Pero, ¿qué les ha aportado el volver a consumir? ¿Han conseguido que volvamos a reunirnos antes de lo acordado al consumir? ¿Hacia quién han dirigido su rabia y malestar?

El antigupo, como otras formas de agresión, puede surgir sin aviso en el grupo, lo que supone toda una prueba a la resiliencia del terapeuta. El conductor o terapeuta de grupo que se muestra en sintonía con los procesos negativos de grupo, y las precisas formas que toman, suele aceptar el antigupo como una parte natural de las dinámicas que en él suceden. Más importante todavía, si esta es la actitud del conductor de grupo, los miembros del mismo también seguirán el modo de facilitar o tolerar de aquel, reprimiendo o expresando actitudes antigrupales según crean que el conductor las acepta o no. Unido a este punto está la idea de cómo considera el terapeuta de grupo la agresividad, si como constructiva o como destructiva. Desde luego, existen ambas formas de agresividad, pero más allá de esta realidad está la propia tolerancia de la agresividad grupal del terapeuta.

Enric toma la palabra (desde hace varias sesiones se muestra poco participativo, e incluso silencioso en algunas sesiones), con un tono agresivo. Comenta que los grupos del CAS tienen limitaciones. Desde su punto de vista, “en la seguridad social, evidentemente, no hay medios suficientes para poder organizar grupos homogéneos de pacientes. Existen variables generacionales, socioculturales, que hacen que las vivencias y experiencias de los diferentes participantes no sean equiparables”. Los miembros del grupo comienzan a mirarse entre sí, movimientos en las sillas, pero no hablan. Enric continúa con su discurso. En particular comenta que para él la vivencia de una persona de 65 años no le puede ayudar en nada, ni saber si a alguien le van a pagar una pensión de viudedad o no. Ana se da por aludida y responde que ella tiene

62. Pep dice que él tiene 60. Enric dice que no es su intención ofender a nadie, pero que lo que se habla en este grupo siempre es lo mismo, las mismas historias que de poco le sirven y que, es más, le aburren. Centra su crítica ahora en el terapeuta: cree que la figura del terapeuta tendría que ser más activa, impidiendo que esto sucediera. Tienen poco tiempo y hay que dedicarlo a lo realmente importante, no perderlo hablando de cosas personales de cada uno. Están aquí para hablar del alcohol.

Silencio.

La tensión se hace patente en el grupo. Algunos miembros como Ana o Carola se cruzan de brazos. César comenta que lo que busca es imposible: no encontrará un grupo homogéneo donde todo el mundo sea como él. Sin embargo, añade, todos tienen una adicción y pueden beneficiarse de la experiencia de los demás. Enric dice que ese es el problema, que lo único que les une es que son adictos pero que no tienen nada más en común. Explica que después de la semana pasada, cuando el terapeuta “le llamó la atención por haber estado mirando el móvil durante la sesión”, había pensado volver a hacerlo hoy, para ver si (el terapeuta) le “metía bulla” y así decir que mira el móvil porque no tiene interés.

Silencio.

El terapeuta comenta que parece que Enric hace algunas semanas, desde que se reincorporó después de una recaída en el consumo de alcohol, quiere comunicar algo al grupo y que por fin hoy ha conseguido reunir fuerzas para expresarlo: Siente que no encaja en el grupo. Enric asiente: Eso es lo que le pasa, se siente fuera de lugar (voz más baja, se recuesta en la silla). Sigue viniendo al grupo

porque se lo toma como una medida terapéutica más, una obligación con la que tiene que cumplir. El terapeuta dice que esto que ahora menciona Enric, venir como obligación, o hábito, le hace pensar en algo importante para el grupo, que ya lleva semanas surgiendo sin llegar a concretarse, y es cómo viven el proceso de reincorporarse al grupo después de un tiempo sin ver a los demás por culpa de una recaída (Nota: los pacientes pueden acudir siempre que no hayan consumido ese mismo día). El grupo se queda en silencio. Ana rompe el silencio hablando de bodas y fiestas varias, con risas del resto (excepto Enric, César y Pep). Vuelven a quedarse callados.

Tomás vuelve a hablar de su operación de estómago. Habla de las analíticas y de cómo después de unos meses de abstinencia los valores físicos se estabilizan. Incluso en caso de una recaída puntual, la mejoría física sigue presente.

Pausa.

Enric comenta que son las repercusiones psicológicas las más devastadoras cuando se produce una recaída, la sensación de fracaso que queda después. Silencio. El terapeuta dice a Enric que una parte de él le hace acudir al grupo porque es lo que tiene que hacer, ya que es una persona muy exigente consigo misma. Añade que esa misma exigencia también le hace sentirse desubicado, fuera de lugar, incómodo, porque venir al grupo es un recordatorio constante del fracaso que, para él, supuso la recaída. Enric, en silencio, se recuesta en la silla, y asiente con la cabeza, mirando al suelo. El resto del grupo queda en silencio.

Hawkins (1986)<sup>8</sup> apoya la utilidad y el valor de periodos de conflicto o inestabilidad

en el grupo. Aunque las fases de inestabilidad, como queda reflejado en la asistencia errática o los abandonos, tiene un efecto desmoralizador y desorganizador en el grupo, también ofrece a sus miembros la oportunidad de explorar su sentido en el contexto de sus vidas. A menudo, el grupo inestable evoca, de forma consciente o inconsciente, recuerdos y emociones de periodos de inestabilidad de su entorno, del continente familiar. Si esto es entendido e integrado, puede promover un efecto de sanación/transformación, y no de disrupción, en los miembros del grupo.

En el desarrollo grupal, las acciones y deseos de reparación emergen como intentos de supervivencia después de los ataques a los que los miembros han sometido al grupo. Esto aumenta la responsabilidad personal por el grupo y genera procesos de reparación que tiene un efecto madurativo en él. De forma simbólica, el grupo-madre se restaura como una fuente de alimento (mental) y contención (emocional), pudiendo observar una disminución de los ataques destructivo-vidiosos, con un correspondiente incremento en la capacidad de preocupación por el otro/el grupo.

Todo lo dicho hasta ahora deja clara la necesidad de apoyo y supervisión para el conductor de grupo, elementos esenciales en todo trabajo grupal (Sunyer, 2008)<sup>9</sup>. La supervisión, ya sea formal o entre iguales, ayuda a clarificar lo que sucede en el grupo, la fuente del antigrupos, y el papel del terapeuta a la hora de exacerbarlo o aceptarlo. La necesidad de apoyo en esta situación está ligada estrechamente al concepto de grupo como continente; y es que el conductor de grupo necesita contención si ha de facilitar que el grupo sea capaz de sostener a sus miembros: Ya nos lo decía Winnicott (1965)<sup>10</sup>, cuando explicaba la función maternal, y la necesidad

de la madre de ser apoyada por la pareja o figura sustituta, la familia, y la comunidad, si quiere ofrecer todo lo que esté en su mano al bebé. En nuestro caso, al grupo.

## Conclusiones:

La agresividad toma diversas formas en la terapia de grupo, y aparece en diversos niveles: Individual, grupal, etc. Hemos propuesto una alternativa de manejo de esta agresividad, un modo que se basa en la idea de ofrecer un espacio de contención, un estilo que puede parecer más pasivo, pero que ofrece un camino hacia la integración y la transformación. El desafío agresivo del anti-grupo contribuye al fortalecimiento que ofrece sobrevivir a los impulsos destructivos que aparecen y se manifiestan en el proceso de psicoterapia grupal. De esta matriz también emerge la capacidad para reparar, lo que refuerza y amplía el espacio grupal de investigación, desarrollo y cambio.

## Referencias y bibliografía

- 1 Winnicott, D.: The capacity to be alone «Int. J. Psycho-Anal», 39, pp. 416-420; 1958
- 2 Freud, S: Análisis terminable e interminable. En: Obras Completas Vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu; 1980
- 3 Bion, WR. Experiencias en grupos. Barcelona: Paidós; 1980
- 4 Klein, M: Envy and gratitude and other works 1946-1963. London: Vintage Classic; 1997
- 5 Shilder, P: Imagen y apariencia del cuerpo humano. Buenos Aires: Paidós; 1958
- 6 Bion, WR. Elements of Psycho-Analysis, London: Karnac Books; 1984
- 7 Nitsun, M: The Anti-Group. Destructive forces in the group and their creative potential. Classic Edition. London: Routledge Mental Health; 2015
- 8 Hawkins, DK: Understanding reactions to group instability in psychotherapy groups. En: "International Journey of Group Psychotherapy", 36: 241-59; 1986
- 9 Sunyer, JM. Psicoterapia de grupo grupal. La co-construcción de un conductor de grupos. Madrid: Biblioteca Nueva; 2008
- 10 Winnicott, D: The theory of parent-infant relationship. En: The maturational processes and the facilitating environment. London: Tavistock/Hogarth Press; 1965

---

# LOS JÓVENES TUTELADOS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA ATENDIDOS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE EDUCACIÓN INTENSIVA (CREI) DE CATALUÑA

---

**Lorena Delgado Magro**

Psicóloga Clínica.

Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil CSMIJ de Martorell.

mdelgadam.hsagratcor@hospitalarias.es

## Resumen

Los CREIs son un servicio residencial de acogida temporal para dar respuesta a las necesidades educativas y asistenciales específicas de adolescentes y jóvenes que presentan alteraciones conductuales que requieren una especialización técnica alternativa en su cuidado y atención. Estos centros pertenecen a la red del sistema de protección en Cataluña. Estos jóvenes están en una situación de especial riesgo porque a las circunstancias familiares se añaden las alteraciones de conducta u otros problemas que pueden obstaculizar una inserción educativa en el mundo adulto. El objetivo del trabajo será recoger estudios que describen tanto las características de dichos centros como el perfil de los menores atendidos y realizar un análisis de los mismos concluyendo con unas recomendaciones.

**Palabras clave:** Terapia infantil, salud mental, cuidado residencial, trabajo social terapéutico.

## Abstract

The CREIs are a temporary residential service to respond to the specific educational and assistance needs of adolescents and young people who present behavioral alterations that require an alternative technical specialization in their care and attention. These centers belong to the network of the protection system in Catalonia. These young people are in a situation of special risk because the family circumstances are added to behavioral alterations or other problems that may hinder an educational insertion in the adult world. The objective of the work will be to collect studies that describe both the characteristics of these centers and the profile of the children served and perform an analysis of them, concluding with some recommendations.

**Key Words:** Child Therapy, mental health, residential care, therapeutic social work.

## Introducción

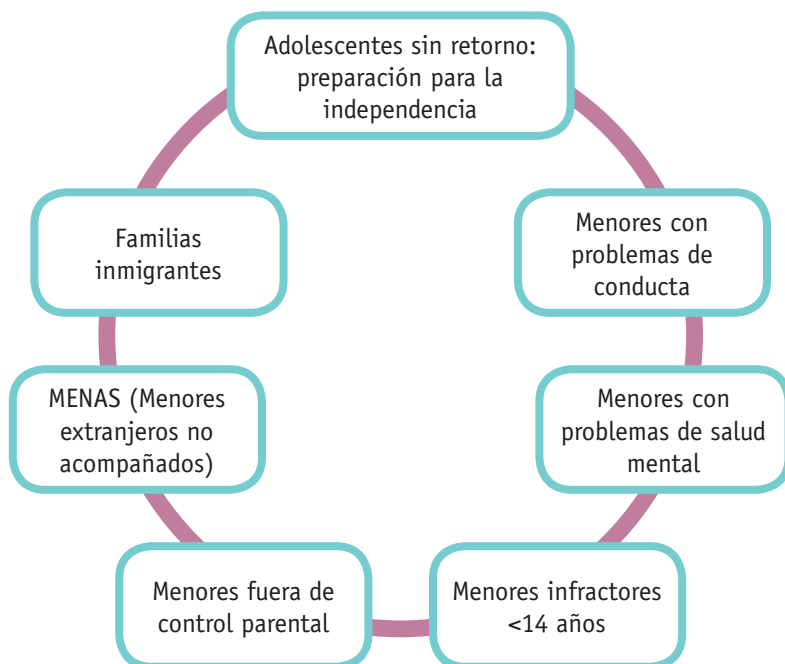
La protección de menores hace referencia a la suma de medidas tendentes a promover y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos que poseen los menores de edad. El Acogimiento Residencial (AR) es una de las medidas de protección que adopta la entidad pública competente como forma de ejercicio de guarda de un menor y que incluye la separación del contexto familiar. Se trata de una medida cuya finalidad es ofrecer una atención integral en un entorno residencial a niños, niñas y adolescentes cuyas necesidades materiales, afectivas y educativas no pueden ser cubiertas, al menos temporalmente, en su propia familia. Tiene un carácter instrumental (al servicio de un Plan de Caso que contempla una finalidad estable y normaliza-

da) y temporal (los niños que requieran un hogar por tiempo indefinido deberían orientarse hacia el acogimiento familiar).

En Cataluña la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA) es el organismo que promueve el bienestar de la infancia y la adolescencia en alto riesgo de marginación social y también ejerce la protección y tutela de los niños y adolescentes desamparados.

La caracterización y necesidades de la población que hoy en día se encuentra en hogares de protección (ver figura1) (1) fundamenta la apuesta por un modelo de acogimiento residencial cada vez más especializado. En síntesis, las características que presentan hoy en día un buen número de niños y adolescentes acogidos en hogares son: Adolescentes sin previsión de retorno al

Figura 1. Perfil de menores en el Sistema de Protección.



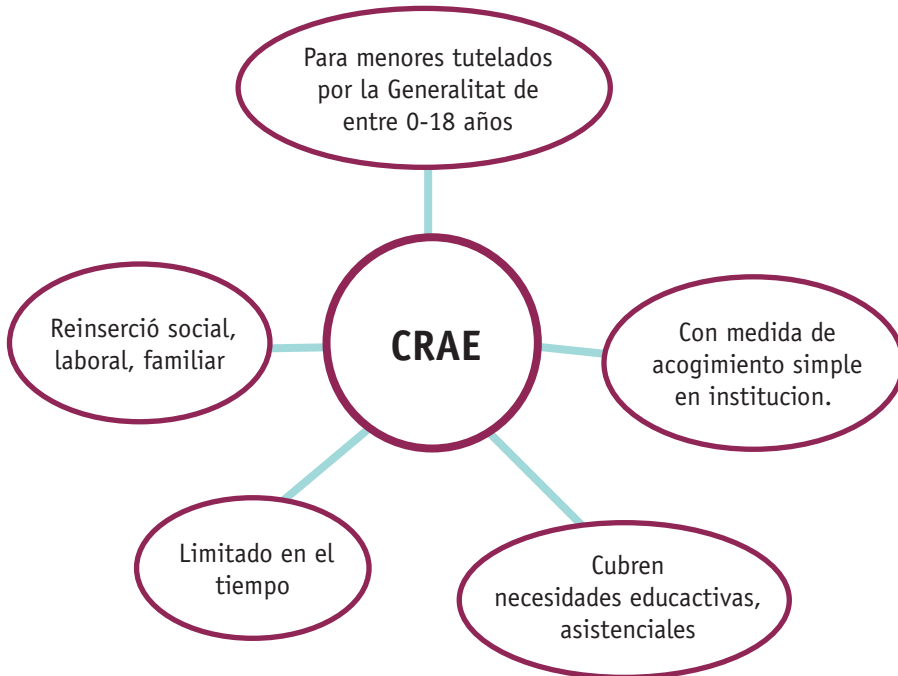


hogar familiar, con presencia de problemas emocionales, de conducta y salud mental, adolescentes que presentan conductas violentas hacia su familia, menores de 14 años infractores con medida protectora y menores extranjeros no acompañados (MENAs).

Muchas veces se oye hablar de, CREI y CRAE no se sabe muy bien en qué consisten estos recursos destinados a los niños ya los adolescentes. En primer lugar, el CRAE, es un Centro Residencial de Acción Educativa que atiende a niños y adolescentes entre los 3 y los 18 años. Esta medida se aplica cuando

se prevé que el desamparo o la necesidad de separación de la propia familia serán transitorios y cuando no ha sido posible o aconsejable la acogida por parte de una persona o de una familia. Estos menores residen en estos centros hasta su mayoría de edad o hasta que la situación familiar se haya solucionado. Por lo tanto, el equipo de profesionales asume las funciones educativas y asistenciales y garantiza las necesidades básicas de los niños y jóvenes. En estos centros también se prepara el menor a adquirir una autonomía personal para su futuro.

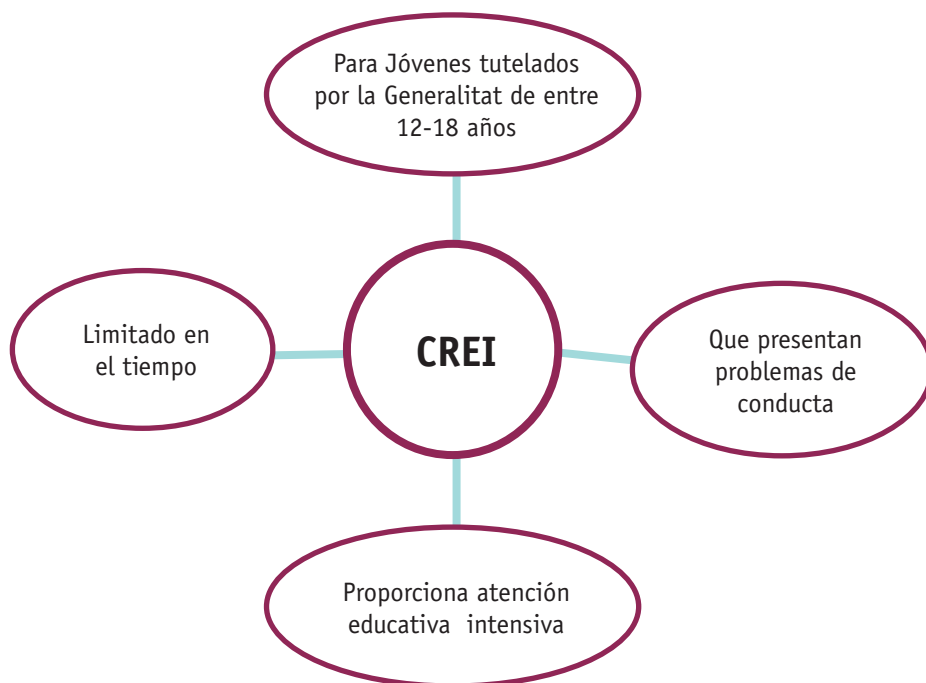
Figura 2. Definición de CRAE.



Los Centros Residenciales de educación Intensiva (CREI) son servicios residenciales de estancia limitada en el tiempo, para adolescentes y jóvenes de doce a dieciocho años tutelados por la Generalitat de Catalunya que presentan alteraciones en el comportamiento que requieren sistemas educativos intensivos. Tiene como objetivo dar respuesta educativa y asistencial a los adolescentes con trastornos de conducta que requieren de un sistema de educación intensiva. Estos centros por tanto tienen encomendada la educación de estos jóvenes que están en

una situación de especial riesgo porque a las circunstancias familiares se añaden las alteraciones de conducta u otros problemas que pueden obstaculizar una inserción educativa en el mundo adulto. Entre los problemas predominan los bajos niveles educativos, el paro, la inestabilidad laboral, pobres redes sociales de apoyo, poca integración social, maternidad adolescente y un mayor índice de conductas delictivas (17). Según (15) un 34% de los jóvenes en centros de justicia juvenil de Catalunya eran menores tutelados por la administración.

Figura 3. Definición de CREI.



Según el Informe Estadístico mensual de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA), hasta febrero del 2018 existen 7530 niños y adolescentes con medidas de protección en Catalunya de los cuales 3764 (50,0%) se encuentra en Acogimiento Familiar, 3580 (47,5%) en Acogimiento Residencial y 186 (2,5%) con otras medidas. En el 2018 se informa que existen 101 CRAEs con 1866 plazas que se encuentran situados principalmente en las zonas de Barcelona ciudad y comarcas y 5 CREIs con 122 plazas.

En algunas comunidades autónomas como en Cataluña los diferentes centros especializados reciben denominaciones distintas (de socialización, terapéuticos) pero viene a ser prácticamente lo mismo representando solo el 7% de las plazas residenciales totales en España. Según el informe de los derechos del niño (2013) (19), cabría estudiar las necesidades de plazas en unidades hospitalarias y residenciales para adolescentes con problemas graves de salud mental y adaptar la oferta a las necesidades resultantes. En este sentido para dar respuesta a situaciones que requieren un abordaje técnico especializado complementario a la red de centros ofertados por el sistema de protección, el organismo competente en materia de protección a la infancia y la adolescencia puede establecer conciertos con diferentes entidades para un determinado número de plazas en centros que no pertenecen a la red de centros de protección: centros de la red de salud mental, de personas con discapacidades, de intervención en toxicomanías, etc.

El ingreso y la estancia de personas menores de edad en programas de acogida residencial especializada para el tratamiento de problemas graves de conducta, de patologías en la salud mental y de dependencia a tóxicos siempre requieren una autorización judicial.

En el Artículo 133 de la Ley de Derechos y Oportunidades en la Infancia y Adolescencia 14/2010 (10) indica que cuando sea necesario en función de las características de los menores acogidos se han de crear centros o unidades con espacios de escolarización propios reconocidos por la administración educativa con actividades escolares reconocidas por el sistema educativo que incorporen en su configuración elementos constructivos de protección con el objeto de favorecer la eficacia de los programas educativos, prelaborales o de tratamiento psicológico o terapéutico. El Programa marco para los centros residenciales de febrero del 2017 de la DGAIA desarrolla los requerimientos generales que son aplicables en los recursos de acogida residencial básico y los requerimientos y las características particulares de la acogida residencial especializado en centros o unidades de educación intensiva. En este documento marco se regula el acogimiento residencial especializado en sistemas de educación intensiva. Se indica que se ha de velar porque las prácticas de contención en los centros respeten los derechos de los menores, limitar el uso de las salas y otras medidas de contención o aislamiento físico a casos extraordinarios para proteger al propio menor y que bajo ningún concepto sean utilizadas como medida de sancionadoras o correctivas. La administración de psicofármacos a los menores por parte del personal del centro ha de tener un seguimiento médico y en ningún caso puede ser una medida de contención habitual.

Estos centros tienen como objetivo proporcionar educación y atención a estos niños y adolescentes, pero incluyen medidas estructurales de protección para la tutela y la educación. Presentan tipologías y ratios diversas. Actualmente en todo Catalunya existen 6 CREIS. En Barcelona (El Pedrenyal, Castan-

yers, Mas Ritort, Can Rubió), En Tarragona (El Guaret) y en Gerona (La Ginesta). Tres pertenecen a la Fundación Resilis (Fundación Plataforma educativa) y son concertados por el Departamento de Trabajo y Asuntos sociales de la Generalitat de Cataluña y dos son centros propios de La Generalitat (Castanyers y Can Rubió). El número de plazas disponibles varía en función del tamaño de los centros. Las edades oscilan entre los 12 y 18 años, pero para trabajar de forma individualizada suelen reducir los grupos agrupándolos en menores de 16 y mayores de 16 años. Castanyers es el centro que dispone de más plazas y realiza una distribución en pequeños, medianos y grandes. Castanyers, Pedrenyal y Guaret acogen a población masculina, Mas Ritort acoge población femenina y Can Rubio es un Centro mixto.

Los tres centros concertados disponen de valla y puertas que limitan las salidas al exterior sin permiso y están ubicados lejos de núcleos urbanos. Castanyers y Can Rubió no disponen de estos cercados, pero a diferencia de Can Rubió, Castanyers se encuentra cerca de un núcleo urbano. Todos los centros disponen en sus recintos de una zona de huerto, otra habilitada para animales, pista deportiva. Además, El Pedrenyal, Castanyers y Can Rubió disponen de piscina. Dentro del recinto también existe una zona para aula escolar y para talleres. El edificio de vivienda principal dispone de todos los equipamientos necesarios para hacer la vida (dormitorios, salas de estar, salas de juegos, lavabos y comedor). Los espacios interiores suelen estar divididos en zonas residenciales diferenciadas para trabajar con diferentes grupos educativos. Las habitaciones pueden ser individuales, dobles o triples. En Castanyers se ha habilitado un edificio anexo de 8 plazas donde los jóvenes que residen allí disponen de más libertad para autogestionarse

mientras que en el centro el Guaret se ha habilitado una habitación triple para este fin.

En los centros concertados predomina el personal joven que hace poco tiempo que se diplomado y que aporta ideas nuevas. En cambio, en los centros propios los trabajadores son funcionarios que aportan experiencia a la tarea educativa. Se realizan reuniones de equipo semanales para hablar de casos concretos, planificar actividades, intervenciones y tratar temas del día a día. Además disponen de procesos sistematizados de traspaso de la información que permiten que todo el equipo esté al día de los cambios. Las tutorías pueden ser asignadas directamente por la dirección al entrar el joven en el centro en función de la disponibilidad de personal o se espera un tiempo para conocer el perfil del joven y que educador es el más adecuado. Generalmente se intenta que las tutorías tengan una continuidad, pero si se observa conveniente o el joven lo demanda se puede valorar un cambio. La labor del educador siempre esta reforzada por todo el equipo educativo. En algunos centros las tutorías pueden cambiar porque los educadores trabajan a turnos y los educadores de noche no tutorizan.

En el programa marco se indica que estos centros deben disponer de un psicólogo si tienen más de 20 plazas. Sobre la figura del psiquiatra se indica una dedicación parcial en función del número de plazas. Según (17) se observan importantes diferencias en la ratio de jóvenes por profesional de la psicología entre los diferentes CREIs estudiados. Según el estudio anteriormente mencionado (17) el Guaret no dispone de psicólogo que complemente la intervención educativa, pero tiene apoyo de un servicio psicopedagógico externo que realiza seguimiento de forma semanal. Can Rubio lo ha solicitado, pero todavía no dispone de este servicio.

Figura 4. Adaptado de Sabaté-Tomás, Sala-Roca y Arnau (2017).

El Pedrenyal	Centro concertado. 20 Plazas. Masculino. Ratio 1,1 jóvenes por profesional.
El Guaret	Centro Concertado. 20 plazas. Masculino. Ratio 0,8 jóvenes por profesional.
Mas Ritort	Centro concertado. 20 plazas. Femenino. Este CREI fue inaugurado en Nov 2012. Ratio 0,8 jóvenes por profesional.
Castayers	Centro Propio. 42 plazas. Masculino. Ratio 0,6 jóvenes por profesional.
Can Rubió	Centro propio. 20 plazas. Mixto. Inaugurado en abril del 2018. Con anterioridad a esa fecha era un Centro Terapéutico.
La Ginesta	Sin informacion

En la mayoría de los centros los primeros 21 días de internamiento los jóvenes están en periodo de observación y no pueden salir del centro. Pasado este tiempo si la resolución lo contempla pueden empezar a tener permisos de salida (sin pernoctas) con la familia y posteriormente de fin de semana (17). Instaurar una rutina diaria es muy importante en el centro ya que los jóvenes suelen venir de situaciones cotidianas muy desestructuradas y la rutina se utiliza como herramienta para dar seguridad y pautar el día a día (hora de levantarse, comidas, higiene etc). En el ámbito académico se trabaja para que los menores de 16 años con-

sigan la ESO en las aulas y que los mayores de 16 puedan realizar formación práctica en los talleres. Los jóvenes que evolucionan favorablemente pueden hacer bachillerato en institutos ordinarios fuera del centro. El comportamiento en las aulas influye en la valoración global y en los permisos. Los talleres de iniciación laboral suelen funcionar normalmente todo el año y realizan tareas de cuidado de animales, huerto y mantenimiento de mobiliario, tareas de construcción, pintura o soldadura. En el Guaret el taller se plantea como una simulación de un lugar de trabajo con un contrato ficticio y donde si no se cumplen las normas se puede

enviar al joven a realizar cursos de reciclaje a la escuela como si estuviera en el paro. En Castanyers los jóvenes pueden conseguir dinero extra por trabajos del centro.

El tutor del Joven es el encargado de estar en contacto con los centros educativos y de ocio donde están matriculados los menores. Además, los maestros propios del Departamento de Educación de los CREIS se reúnen trimestralmente en Barcelona con su responsable de zona. En el CREI Pedrenyal se han establecido colaboraciones con el ayuntamiento del pueblo y se realizan programas de aprendizaje y servicios a la comunidad. Las actividades de ocio suelen estar restringidas a las tardes y fines de semana y son una mezcla entre lo que el joven demanda y la oferta educativa del centro. Existen zonas dedicadas a juegos (juegos de mesa, Play Station, fútbolín, pimpón etc.), se organizan actividades deportivas según las características de las instalaciones y salidas lúdicas o culturales. Durante los periodos vacacionales o no lectivos en los centros Castanyers, Guaret y Can Rubió, que disponen de personal educativo propio del Departamento de educación, se interrumpen las clases y se buscan otras actividades en el territorio. En los Centros el Pedreyal y Mas Ritort, que disponen de maestros que son personal propio, se reduce la jornada escolar y se realiza repaso del temario combinado con otras actividades de ocio. Durante el verano se suele aprovechar para hacer repaso general del temario, salidas a la playa, colonias y casales de verano ordinarios en algunos jóvenes que su evolución lo permite. En el caso del Pedreyal se organizan colonias propias como premio para jóvenes que han demostrado una buena evolución.

Algunas de las intervenciones mejor valoradas por sus resultados según los profesionales (17) tienen que ver con el programa

motivacional de recompensas, vivienda aneja para los jóvenes con mayor autonomía, participación de los ex residentes, trabajo individualizado en el aula, cine fórum, iniciación laboral donde se simula una situación de trabajo real.

## Problemas de Salud Mental en el Sistema de protección:

En el marco internacional, los niños y adolescentes que se encuentran acogidos en el sistema de protección a la infancia (especialmente aquellos con medida de separación familiar) son considerados una población especialmente vulnerable en la manifestación de trastornos y alteraciones de salud mental (10). Estas poblaciones ejercen demandas en servicios de salud mental genéricos planteado el dilema de si estos servicios son adecuados y suficientes en el presente para poder dar una respuesta adecuada a esta situación. Las cifras de prevalencia de alteraciones y trastornos con estas muestras oscilan entre el 40 y el 80% a través de los diferentes estudios internacionales (5) y de una probabilidad 2.5 veces mayor de tener problemas de salud mental en comparación con la población general (16). Los trastornos más comunes son los que se proyectan hacia el exterior (manifestaciones externalizadas: hiperactividad, trastorno de conducta, etc.) cuyo promedio a través de los estudios es del 42% (9). Los trastornos de tipo internalizado (depresión, ansiedad, aislamiento, etc.) también están presentes, aunque en menores proporciones a los trastornos externalizados y superan a las tasas estimadas en la población general infanto-juvenil (12). También es mayor la prevalencia de discapacidad entre los niños y adolescentes del sistema de protección.

Según algunos estudios, la frecuencia oscila entre el 10 y el 31% de los niños y jóvenes (21) porcentaje muy superior al estimado en la población general infanto-juvenil, aunque son escasas las referencias a sus características y necesidades.

En Cataluña según datos de la DGAIA presentados en el nuevo programa marco de colaboración con el departamento del CatSalut. Los menores protegidos por la DGAIA tienen una tasa seis veces mayor sobre la población general de atención por servicios de Salud mental y el 24% padecen algún problema de salud mental. De este 24%, el 34% están en centros, el 19% Acogidos en Familia extensa y 10% están acogidos en familia ajena. Según la tipología del recurso: un 50% de los menores acogidos en un CREI, un 35% de los acogidos en CRAE (Centro Residencial de Acción Educativa) y un 22% de los acogidos en CA (Centro de acogida) tienen problemas de Salud mental.

Las condiciones genéticas-prenatales, las condiciones relacionadas con los cuidados previos y posteriores al cuidado residencial interaccionan e influyen en el desarrollo neuropsicológico. Estos niños tienen peor salud física, mayor prevalencia de problemas del aprendizaje y del lenguaje y peores logros académicos que otros niños (11). Las experiencias sociales que hacen que entren en AR representan por tanto factores de riesgo para su bienestar físico y salud mental. La exposición a trauma psicológico, de privación emocional y otras condiciones limitan la oportunidad de desarrollar apegos seguros. Posteriormente cuando entran en bajo el sistema de protección también encuentra un número de eventos estresantes como la pérdida de los padres biológicos, integración a nuevas familias o a nuevos emplazamientos residenciales y diversos cambios en los emplazamientos a lo largo de su

infancia. Se han identificado diferentes predictores de problemas de salud mental como son una mayor edad a la hora de entrar en cuidados residenciales, inestabilidad en los emplazamientos, percepción de inseguridad en los emplazamientos y discapacidad cognitiva (2). Las rupturas de emplazamiento a menudo ocurren cuando los cuidadores se ven confrontados por serias conductas disruptivas pero la inestabilidad influye en un deterioro cada vez mayor de la salud mental del niño (2). Entrar a una corta edad en una familia acogedora parece ser un factor protector en los problemas de salud mental, pero sin embargo es un factor de riesgo para el cuidado residencial (3). La edad de entrada en el acogimiento residencial se ha relacionado con mayores problemas de apego y desarrollo neurológico y emocional. Estas dificultades en el apego (apegos inseguros y desorganizados) correlacionan con la presencia de problemas conductuales y emocionales (7).

Parecería por tanto que los niños y jóvenes del sistema de protección a la infancia, constituyen una población con una clara necesidad de atención psicológica y clínica; sin embargo, a pesar de esta evidencia científica, sólo una cuarta parte de los menores con problemas y alteraciones de salud mental reciben la asistencia clínica necesaria (19). La derivación a servicios de salud mental no está relacionada con el número y severidad de los síntomas (11). Ciertas formas de maltrato, principalmente el abuso sexual y físico, es más probable que se deriven a servicios de salud mental mientras niños que solo han experimentado negligencia es menos probable que sean derivados. Este hecho parece más relacionado con las percepciones de los derivadores que con una mayor severidad del daño.

## Definición de consenso sobre el Acogimiento Residencial Terapéutico

En una cumbre internacional realizada en Inglaterra se llegó a una definición de consenso con expertos de 13 países sobre lo que era un tratamiento terapéutico residencial en detrimento de otras denominaciones como *“cuidado colectivo”* que tienden a enmascarar importantes diferencias entre programas, al unir servicios diferentes cuando se realizan revisiones de la investigación. El término cuidado colectivo también remite a la transición del siglo XIX desde las clásicas macro instituciones hacia el modelo de asistencia basado en hogares, reforzando la narrativa de negatividad respecto a la intervención residencial de cualquier tipo. *“El tratamiento terapéutico residencial incluye el uso planificado de un ambiente de convivencia multidimensional, específicamente construido, diseñado para proporcionar o reforzar tratamiento, educación, socialización, soporte y protección a niños y jóvenes con problemas conductuales o de salud mental, en colaboración tanto con sus familias como con un amplio espectro de recursos comunitarios de ayuda formales e informales”* (22).

Los principios que rigen el (ART) son:

- Primero no hacer daño. La seguridad debe estar lo primero de todo como forma de prevenir posibles abusos.
- Espíritu de colaboración con las familias. Siempre que sea posible favoreceremos los vínculos, facilitaremos su participación plena y activa en la vida cotidiana del programa y con quien promoveremos responsabilidades compartidas sobre los resultados en una toma de decisiones conjunta.
- Los programas se encuentran anclados en las comunidades, culturas y redes de relaciones sociales que definen e influyen en

los menores y las familias a las que servimos.

- Son algo más que una plataforma para recoger intervenciones basadas en la evidencia o técnicas y estrategias prometedoras. En su núcleo, el ART, se nutre de una cultura unificadora que resalta el aprendizaje a través de la convivencia y la relación personal.
- Como último objetivo epistemológico estaría la identificación de modelos o estrategias basadas en la evidencia que sean efectivos, replicables y generalizables. El grupo de trabajo se nutre de investigadores que intentan la eficacia relativa de los modelos ART existentes e indagar sobre lo que hay en esa *“caja negra”*

## Perfil de los menores acogidos en CREI:

Según un estudio publicado recientemente sobre los CREIS en Catalunya (realizado en 4 CREIS con 206 casos) (17): La edad media de ingreso es 15.4 años y la de salida 16.6 años. Según la procedencia antes del ingreso: de CRAE el 33,5%, de Centro de Acogida el 27,7%, del domicilio familiar el 19.4%. El resto tenía procedencias diversas (centros de justicia, centros terapéuticos, otros CREIS y recursos de transición a la vida adulta). El 54.9% presentan delitos conocidos, el 43% tenía algún trastorno diagnosticado, el 73,3% consumía tóxicos y el 64% se fugó durante su estancia.

Según (18), existen en toda España sólo 91 centros que responden a la actual denominación de centros terapéuticos y de socialización que disponen de 1078 plazas (7.9% de toda la red de centros) para niños y adolescentes tutelados. Un 2.5% son para discapacitados físicos o psíquicos. Solamente



se registran 4 centros para adolescentes con abuso de sustancias siendo este un recurso que falta en muchas comunidades autónomas por lo que deben utilizar la red de Salud Mental especializada en consumo de sustancias. Los autores refieren que según su estudio realizado con una muestra de 51 chicos tutelados atendidos en centros terapéuticos el perfil es el siguiente: sexo masculino, edad media 15-16 años, mayor número de cambios de residencia, más amenazas e intentos de suicidio y mayor consumo de tóxicos. El 80% puntúan por encima del rango clínico en problemas de comportamiento exteriorizados evaluados con la escala CBCL. No existen sin embargo diferencias en la escala problemas de pensamiento, lo que sugiere que los trastornos psicóticos no son un criterio necesario para derivar a centros terapéuticos. El de origen cultural y de etnia también parece ser una variable relevante. Sorprendentemente se indica que un 34% de los casos atendidos en programas terapéuticos no reciben tratamiento especializado salud mental. Cuando reciben tratamiento, este puede realizarse en el propio centro o por el sistema público de Salud Mental.

En otro estudio realizado más recientemente (14) con 93 adolescentes que residían en centros terapéuticos en comparación con una muestra equivalente de adolescentes que recibían en programas para la autonomía, se indica que los jóvenes con mayor número de cambios de emplazamiento residencial tienen el doble de probabilidades de ser derivados a centros terapéuticos. La variable abuso de sustancia multiplica la probabilidad por cuatro. Los jóvenes en tratamiento terapéutico han estado en general menos tiempo en acogimiento residencial, pero han tenido muchos más cambios de centro que el grupo de comparación. Esto puede indicar que los casos derivados tenían problemas previos

ocultos que hacía inviable su atención en un recurso residencial ordinario. En este estudio, a diferencia del anterior, se indica que el 70% de los casos en ambos grupos reciben alguna clase de tratamiento lo que parece indicar una mayor concienciación y esfuerzo en la atención de las necesidades de Salud mental de esta población en España. Entre las razones para que el 30% no reciban tratamiento se indica que el programa en sí puede ser en sí mismos suficientemente terapéuticos para cubrir sus necesidades, que los educadores no consideren la necesidad de tratamiento o que los jóvenes rechacen acudir a terapia. No se encontraron diferencias entre los grupos en el porcentaje de casos que recibían atención en salud mental pero los jóvenes en centro terapéutico tenían mayor probabilidad de recibir tratamiento psiquiátrico y tratamiento farmacológico.

En este sentido (6), analiza los centros para menores con graves conductas transgresoras, y aborda especialmente los problemas ligados a una definición basada en criterios clínicos defendiendo la conveniencia genérica de su adscripción al entorno sanitario, pero también al ámbito de la protección a la infancia cuando se trata de menores desprotegidos; para estos casos se sugiere el uso de conceptos y modelos diferentes a los clínicos: los déficits de autorregulación como problema básico, y la intervención socioeducativa como eje del tratamiento.

Según (17) existen ciertos factores que inciden en la evolución positiva del joven como son la capacidad para adaptarse al funcionamiento del centro, de crear vínculos positivos con los profesionales y compañeros, la disponibilidad de personas de apoyo fuera del CREI y la asistencia a recursos externos. Otros factores que influyen negativamente en la evolución son la escasa capacidad para vincularse a compañeros y profesionales del centro,

la ausencia de personas de apoyo fuera del centro, las fugas frecuentes y haber cometido algún delito o el consumo de tóxicos.

## Conclusiones

Se ha realizado una revisión de los estudios realizados hasta la fecha en España sobre los menores que residen en centros de socialización intentando describir las características de estos centros, el perfil de los menores que allí residen y los problemas que presentan. Tras realizar un análisis de la situación actual finalmente se realizan las siguientes recomendaciones.

- 1) Coincidimos con las recomendaciones realizadas por (17) sobre la importancia de destinar más recursos para realizar programas de intervención a domicilio para trabajar con el joven que reside en un CRAE y la familia para evitar el ingreso en un CREI.
- 2) Realizar un seguimiento sistematizado a la salida del CREI ya que según los profesionales encuestados no existen protocolos de seguimiento.
- 3) Dada la relevancia de la variable consumo de tóxicos en los estudios presentados y teniendo en cuenta que según (14) es una variable predictiva para ingreso en un CREI se debería tener en cuenta tanto en el diseño de programas preventivos como en los programas de intervención dentro de los centros residenciales. Actualmente, aunque se trabajen a nivel tutorial o con el psicólogo del centro residencial las consecuencias del consumo, no existe ningún programa de intervención establecido. Dentro de la red de salud mental infanto-juvenil los recursos públicos de atención a drogodependencias también son muy limitados.
- 4) Estos jóvenes tienen en su trayectoria un mayor número de cambios de emplazamiento residencial generalmente porque las características previas de los centros no fueron suficientemente contenedoras para abarcar la problemática conductual. Las repetidas fugas del centro residencial dificultan la intervención educativa y sanitaria e influyen en una peor evolución del caso. Creemos que se hace necesario revisar esta la variable, así como los procedimientos o protocolos actuales indicados por la DGAIA. Para este fin es imprescindible la colaboración entre instituciones dentro de una misma Comunidad autónoma, entre distintas comunidades y países vecinos.
- 5) Sería necesario velar porque los principios del acogimiento terapéutico residencial (ART) se apliquen a todo tipo de centros residenciales sin establecer distinciones según tipología y especialización.
- 6) El de origen cultural y de etnia de los menores que residen en un CREI también parece ser una variable relevante que debemos revisar para poder reflexionar sobre nuestras propias actuaciones y buscar los recursos que se adecuen mejor a sus necesidades.
- 7) Finalmente, la necesaria colaboración entre justicia y protección para poder establecer programas preventivos con financiación conjunta ya que muchos de los jóvenes el sistema de justicia son menores que habían estado en el sistema de protección y viceversa.

## Bibliografía

1. Bravo A, Fernández del Valle J. (2009). Intervención socioeducativa en Acogimiento residencial [Internet]. Gobierno de Cantabria. [consultado el 1 de noviembre 2018] Disponible en: [http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/interv%20socioeducativa\\_acogimiento%20residencial.pdf](http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/interv%20socioeducativa_acogimiento%20residencial.pdf)
2. Barber JG, Delfabbro PH. Placement Stability and the Psychosocial Well-Being of Children in Foster Care. *Res Soc Work Pract.* 2003;13(4):41531. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/1049731503013004001>.
3. Browne K, Hamilton-Giachritsis C, Johnson R, Ostergren M. Overuse of institutional care for children in Europe: Table 1. *BMJ* [Internet]. [consultado 1 de noviembre de 2018];332(7539):485-7. Disponible en: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.332.7539.485>
4. Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR, Barth RP, Kolko DJ, Campbell Y, et al. (2004). Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved with Child Welfare: A National Survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. Agosto 2004[consultado 1 noviembre de 2018];43(8):960-70. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709613599>
5. Combs-Orme T, Heflinger CA, Simpkins CG. (2002). Comorbidity of Mental Health Problems and Chronic Health Conditions in Children. *J Emot Behav Disord* [Internet]. abril de 2002 [citado 1 de mayo de 2018];10(2):116-25. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10634266020100020601>
6. Galán Rodríguez, Antonio. (2013). Recursos residenciales para menores seriamente disruptivos: aportaciones técnicas a un debate social e institucional. *Papeles del psicólogo.* [internet]. 2013;34(1):23-31. [consultado el 1 de noviembre del 2018]. Disponible en <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2168.pdf>
7. Howe D, Fearnley S. Disorders of Attachment in Adopted and Fostered Children: Recognition and Treatment (2003). *Clin Child Psychol Psychiatry* [Internet]. julio de 2003 [citado 1 de noviembre de 2018];8(3):369-87. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359104503008003007>
8. Jeune Guishard-Pine, Suzanne McCall, Gail Coleman-Oluwabusola. *Supporting the Mental Health of Children in Care: Evidence-Based Practice.* London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2017. 247 p.
9. Keil V, Price JM. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Child Youth Serv Rev* [Internet]. julio de 2006 [citado 17 de mayo de 2018];28(7):761-79. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190740905001945>

10. LDIA, Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, DOGC 5641-2.6.2010(2010).  
en: <http://doi.wiley.com/10.1111/cfs.12374>
11. Minnis H, Everett K, Pelosi AJ, Dunn J, Knapp M. (2006). Children in foster care: Mental health, service use and costs. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. marzo de 2006 [citado 17 de mayo de 2018];15(2):63-70. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-006-0452-8>
12. McMillen JC, Zima BT, Scott LD, Auslander WF, Munson MR, Ollie MT, et al. (2005). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Older Youths in the Foster Care System. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. enero de 2005 [citado 17 de mayo de 2018];44(1):88-95. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709613460>
13. Nelson CA, Bos K, Gunnar MR, Sonuga-Barke EJS. V. (2011). The Neurobiological toll of early human deprivation: The neurological toll of early huma deprivation. *Monogr Soc Res Child Dev* [Internet]. diciembre de 2011 [citado 17 de mayo de 2018];76(4):127-46. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1540-5834.2011.00630.x>
14. Martín E, González-García C, del Valle JF, Bravo A. (2018). Therapeutic residential care in Spain. Population treated and therapeutic coverage. *Child Fam Soc Work* [Internet]. febrero de 2018 [citado 8 de agosto de 2018];23(1):1-7. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/cfs.12374>
15. Oriol X, Sala-Roca J & Filella G. Juvenile delinquency in dependent youths coming from residential care. *Eropean Journal of Social Work*. 2015, 8(2),211-227.
16. Pecora PJ, Jensen PS, Romanelli LH, Jackson LJ, Ortiz A. Mental health services for children placed in foster care: an overview of current challenges. *Child Welfare*. 2009;88(1):5-2
17. Sabate-Tomàs M, Sala-Roca J i Arnau L. (2017). Els CREI de Catalunya. Intervenció, perfil i evolució dels joves atesos. [Internet]. 2017. [citado el 1 de noviembre 2018] Disponible en [https://ddd.uab.cat/pub/estudis/2017/171123/Els\\_CREI\\_de\\_Catalunya\\_resum\\_a2017.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/estudis/2017/171123/Els_CREI_de_Catalunya_resum_a2017.pdf)
18. Sainero A, Bravo A, del Valle JF. (2014). Examining Needs and Referrals to Mental Health Services for Children in Residential Care in Spain: An Empirical Study in an Autonomous Community. *J Emot Behav Disord* [Internet]. marzo de 2014 [citado 27 de marzo de 2018];22(1):16-26. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1063426612470517>
19. Sindic de Greuges. Informe sobre los derechos del niño [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.sindic.cat/site/unitFiles/3567/Informe%20derechos%20niño%202013%20definitiu.pdf>

20. Tarren-Sweeney M. Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Child Youth Serv Rev* [Internet]. enero de 2008 [citado 17 de mayo de 2018];30(1):1-25. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190740907001223>
21. Trout AL, Casey K, Chmelka MB, DeSalvo C, Reid R, Epstein MH. Overlooked: children with disabilities in residential care. *Child Welfare*. 2009;88(2):111-36.
22. Whittaker JK, F. del Valle J. Acogimiento residencial terapéutico para niños y adolescentes: una declaración de consenso del Grupo de Trabajo Internacional. *Psicothema* [Internet]. agosto de 2017 [citado 17 de mayo de 2018];(29.3):289-298. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=4396>



---

## PERFILES DE PACIENTES INTEGRADOS EN UN SERVICIO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

---

### **Juliana da Silva Nunes**

Psiquiatra no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS da Guarda, Serviço de Psiquiatria, Guarda, Portugal.  
juliananunes.pq@gmail.com

### **Diana Figueiredo**

Interna de Psiquiatria no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS da Guarda, Serviço de Psiquiatria, Guarda, Portugal.

### **Tiago Ventura Gil**

Interno de Psiquiatria no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS da Guarda, Serviço de Psiquiatria, Guarda, Portugal.

### **Ana Filipa Teixeira**

Interna de Psiquiatria no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS da Guarda, Serviço de Psiquiatria, Guarda, Portugal.

### **Diana Sousa**

Interna de Psiquiatria no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS da Guarda, Serviço de Psiquiatria, Guarda, Portugal.

### **Sara Ramos**

Interna de Psiquiatria no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS da Guarda, Serviço de Psiquiatria, Guarda, Portugal.

### **Bianca Jesus**

Interna de Psiquiatria no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS da Guarda, Serviço de Psiquiatria, Guarda, Portugal.

### **João Correia**

Interno de Psiquiatria no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS da Guarda, Serviço de Psiquiatria, Guarda, Portugal.

### **Pissarra da Costa**

Psiquiatra no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS da Guarda, Serviço de Psiquiatria, Guarda, Portugal.  
Diretor Clínico da Casa de Saúde Bento Menni, Guarda.

## Resumen

El presente trabajo presenta un estudio sistemático con el objetivo de caracterizar y analizar el perfil de la población asistida por el equipo de salud mental comunitario del Departamento de Salud Mental de Guarda, en términos de características sociodemográficas y clínicas, con vistas a mejorar la práctica asistencial en el futuro. Así, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todos los procesos clínicos de pacientes con trastorno mental incluidos en el servicio comunitario. Se analizaron datos sociodemográficos (edad, sexo y estado civil), características clínicas, diagnóstico, tratamiento y año de hospitalización. Un total de 287 casos fueron identificados e investigados. El perfil común del paciente inscrito en el Servicio de Salud Mental de la Comunidad fue el sexo masculino (72,5%), con una edad promedio de 52 años, en su mayoría solteros (74,5%) y con diagnóstico de esquizofrenia y psicosis relacionadas (54,7%). La totalidad de los pacientes fue tratada con antipsicóticos de acción prolongada y el fármaco más utilizado fue el decanoato de haloperidol (46%). Un detalle particular fue que el 25% de los pacientes nunca fueron ingresados en el servicio psiquiátrico. Este estudio permitió determinar el perfil de los pacientes asistidos, pero también muestra que todos los pacientes inscritos en el Servicio de Salud Mental se benefician de la consulta periódica del servicio comunitario, que proporciona apoyo clínico, social y familiar en el propio domicilio, y promueve la adherencia terapéutica con uso de antipsicóticos de acción prolongada.

**Palabras clave:** Servicios comunitarios de salud mental, tratamiento, salud mental, enfermedad mental grave.

## Abstract

The present work presents a systematic study aiming to characterize and analyze the profile of the population that is assisted by the community mental health team of Guarda Metal Health Department, in terms of socio-demographic and clinic features, in order to improve the assistance practice in the future. For that matter, a retrospective study of all patient clinical records with mental disorder included in the home care program was conducted. Sociodemographic data (age, sex and marital status), clinical features, diagnosis, treatment and year of hospitalization were analyzed. A total of 287 cases were identified and investigated. The common profile of patient enrolled into the Community Mental Health Service was male (72,5 %), mean age of 52 years, generally single (74,5%), and diagnosed with schizophrenia and related psychoses (54,7%). The totality of the patients was treated with antipsychotic long-acting injections, therefore, the most frequent treatment was haloperidol decanoate (46%). One particular detail was that 25% of the patients were never admitted to the psychiatric service. This study allowed to determine the profile of patients assisted but also show that all the patient enrolled into the Community Mental Health Service benefits from the periodic consultation of the home care program, which provides clinical, social and family support, as well as promote therapeutic adherence with long-acting antipsychotic injections.

**Key Words:** Community Mental Health Services, Treatment, Mental Health, Serious Mental Illness.



## Introducción

El Servicio Comunitario de Salud Mental como uno de los paradigmas en la práctica psiquiátrica contemporánea se remonta a los años 50<sup>1</sup>. El uso de neurolépticos, junto con la creación de comunidades terapéuticas, y políticas de descentralización geográfica que resultan en el desmantelamiento de los asilos psiquiátricos están entre las principales causas de este cambio. Sin embargo, fue en la década de los 70 que los Servicios Comunitarios de Salud Mental crecieron hasta su plena expresión en los países económicamente desarrollados<sup>1,2</sup>. En consecuencia, la aprobación de leyes que privilegian la práctica psiquiátrica en la comunidad, como por ejemplo, en el Reino Unido (Ley de salud mental, 1959)<sup>3</sup>, Francia (Política sectorial, 1960)<sup>4</sup>, España (Ley general de salud), 1986)<sup>5</sup>, Portugal (Ley de Salud Mental, 1963)<sup>8</sup> y Estados Unidos (Ley de Salud Mental Comunitaria, 1963)<sup>7</sup>, proporcionará las condiciones ideales al desarrollo de la atención psiquiátrica comunitaria, como modelo a seguir en el campo psiquiátrico.

En Portugal, existe una gran discrepancia en las respuestas a las personas con problemas de salud mental. Por lo tanto, para garantizar que todos los pacientes reciben el mismo tratamiento, se creó el Plan de Salud Mental 2007-2016<sup>8</sup>, con arreglo a la Ley de Salud Mental (número 36/98 con el Decreto Ley 35/99)<sup>9</sup> y siguiendo las prioridades siguientes:

- Respeto de los derechos de las personas con enfermedades mentales (el derecho a la atención adecuada, residencia y empleo y protección contra la discriminación);
- La provisión de atención en el ambiente menos restrictivo posible (optar por la hospitalización solo cuando todas las alternativas de tratamiento en la comunidad se hayan agotado);

- Coordinación e integración de servicios en cada área geodemográfica, para facilitar la continuidad de la atención.
- La necesidad de una amplia gama de dispositivos y programas en cada área geodemográfica para satisfacer las necesidades esenciales de la atención de salud mental.
- La participación de las personas con trastornos mentales (y sus familias), promoviendo la autodeterminación y buscando un camino propio.

En general, el interés por el Servicio de Salud Mental Comunitario ha crecido de manera exponencial, ya que brinda apoyo clínico, social y familiar a los pacientes y promueve la adhesión al tratamiento por el uso de antipsicóticos de acción prolongada. Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio es caracterizar y analizar el perfil de la población seguida por el equipo de salud mental de la comunidad de nuestro Departamento. Así, este estudio presenta información sobre varios factores sociodemográficos y el perfil diagnóstico de los pacientes inscritos en el Servicio Comunitario de Salud Mental.

## Métodos

### Diseño del estudio

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes integrados en el Servicio de Salud Mental Comunitario en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Sousa Martins, de Guarda, Portugal, entre 2015 y 2016. Los pacientes fueron seleccionados para integrar nuestro programa por sus médicos psiquiatras.

## Presentación

El Servicio Comunitario de Salud Mental está formado por un equipo multidisciplinario de enfermeras, médicos y asistentes, disponible para pacientes vecinos del distrito de Guarda. Distrito este que presenta una heterogeneidad demográfica y social, cubriendo un área de aproximadamente 5600 Km<sup>2</sup>, con frontera con España al este. En consecuencia, el equipo del programa de atención domiciliaria asiste mensualmente a 287 pacientes. Los criterios de inclusión en el Programa de los pacientes son: (a) enfermedad mental grave; (b) riesgo de recaída / reingreso debido a la baja adherencia al tratamiento; (c) déficit de apoyo familiar o social o discapacidad funcional y que (d) tenga prescrito un antipsicótico inyectable de acción prolongada.

Los pacientes eran naturales de once municipios del distrito de Guarda, a saber, Pinhel (26 pacientes), Sabugal (53 pacientes), Guarda y Manteigas (27 pacientes), Celorico da Beira (24 pacientes), Almeida y Figueira de Castelo Rodrigo (29 pacientes), Fornos de Algodres y Aguiar da Beira (34 pacientes), Seia (39 pacientes), Gouveia (50 pacientes), Trancoso y Mêda (34 pacientes), Vila Nova de Foz Côa (16 pacientes).

El servicio prestado ocurre una vez al mes, o una vez cada quince días según las necesidades terapéuticas de los pacientes (21 pacientes).

## Variables

Se evaluaron todos los registros clínicos de los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria, identificándose 287 pacientes durante el período del estudio. Se analizaron sus datos sociodemográficos

(edad, sexo y estado civil), características clínicas, diagnóstico, tratamiento y año de hospitalización.

Los diagnósticos se agruparon en categorías según el sistema CIE-10. Para obtener tamaños adecuados de categorías para el análisis, excluimos diagnósticos menos frecuentes.

Para las estadísticas descriptivas, las frecuencias se calcularon con variables nominales; Para variables continuas se utilizaron media, desviaciones estándar, mediana y moda. Los datos fueron analizados utilizando SPSS Statistics versión 24.0

## Resultados

En total, 287 pacientes forman parte del Servicio Comunitario de Salud Mental. Como se puede ver en la tabla 1, se halló que el rango de edad era de 22 a 86 años (media de desviación estándar,  $s = 51.9 \pm 13.6$ ). Con respecto al sexo, la mayoría fueron individuos masculinos ( $n = 208$ ), lo que representó el 72,5% de los casos investigados, mientras que las pacientes de sexo femenino ( $n = 79$ ) representaron el 27,5%. Por otra parte, el estado civil predominante, en ambos sexos, fue el de soltero, el 74,5%, seguido del 17,7% de casados, 5,4% de divorciados y 2,4% de viudos.

Las regiones con el mayor número de pacientes incluidos eran Gouveia (13,6%) y Sabugal (13,2%). El mayor grupo diagnóstico de CIE-10 fue la esquizofrenia y las psicosis relacionadas (F 20-29;  $N = 157$ ; 54,7%) seguido de los pacientes con retraso mental (F70-79;  $N = 69$ ; 24%), trastornos de estado de ánimo (afectivo) (F30-39;  $N = 48$ ; 16,7%) y otros diagnósticos ( $N = 13$ , 4,5%).

La totalidad de los pacientes estaba tratado con un antipsicótico de acción prolon-

gada. El tratamiento más frecuentemente usado fue un antipsicótico típico, decanoato de haloperidol (n = 132, 46%), seguido por Decanoato de Flufenazina (n = 63; 22%), y por un antipsicótico atípico, Risperidona depot (n = 53, 5%).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas (n=287).

	N	(%)
<b>Sexo</b>		
Masculino	208	(72,5)
Femenino	79	(27,5)
Edad, promedio (SD)	51,9 (13,6)	15
<b>Estado civil</b>		
Solo	215	(74,5)
Casado	51	(17,7)
Divorciado	14	(5,4)
Viudo	7	(2,4)
<b>Categoría diagnóstica (ICD-10)</b>		
Otras	13	(4,5)
F20-F29 - Esquizofrenia y Psicosis	157	(54,7)
F30-F39 - Trastornos del humor	48	(16,7)
F70-F79 - Retraso mental	69	(24)
<b>Total</b>	<b>287</b>	<b>(100)</b>

Con relación a la tasa de hospitalización, se observó que el 25% de los pacientes nunca fueron ingresados en el servicio psiquiátrico. El número de hospitalizaciones en los últimos años fue del 8,3% en 2013, del 8% en 2014, del 6% en 2015, del 2,8% en 2016 y del 5% en 2017.

## Discusión

Los países en Europa tienen vigentes tanto una política de salud mental como una legislación de salud mental. Sin embargo, hay un desequilibrio mundial en el desarrollo de los servicios de salud mental. En el caso de los países desarrollados, éstos han sido actualizados en los últimos años para ajustarse a los niveles ideales de dichos servicios, mientras que en otros hay una urgente necesidad de mejoras.<sup>2,10</sup>

En Portugal, hay una enorme diferencia en la forma cómo se implementan los servicios de psiquiatría comunitaria, que varía entre regiones y hospitales.<sup>11,12,13</sup> Basado en el Plan Nacional de Salud Mental, que pretende garantizar la accesibilidad a todos los pacientes en su propia residencia, el Servicio de Salud Mental Comunitario del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental da Guarda sigue a 287 pacientes. Esto ha garantizado la consulta al menos mensual de pacientes con enfermedad mental en sus propios hogares. El propósito de estas consultas es el seguimiento del estado mental de los pacientes, proporcionando la asistencia clínica y psicoeducación de las familias en la comunidad, y la mejora de la adhesión a la terapia con las intervenciones antipsicóticas de acción prolongada.

Nuestra muestra estuvo compuesta principalmente por hombres (72,5%). Globalmente, estos datos son similares a los resultados

de estudios previos realizados en otras ciudades de Portugal.<sup>12</sup>

El análisis del parámetro de edad fue un promedio de edad de 51,9 años, mientras que en los estudios anteriores ese promedio era de 47 años.<sup>12</sup> Esto puede explicarse por el envejecimiento de la población observado en el interior del país (donde también se encuentra la Guarda).

El estado civil más encontrado fue 'soltero', correspondiendo al 74,5% de los pacientes. Esto puede estar relacionado con la observación de una elevada prevalencia de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia (54,7%) seguida de retraso mental con el 24%. Estas condiciones psicopatológicas comienzan en edades muy tempranas y se reflejan en la dificultad de establecer relaciones.

Con el fin de evitar el aislamiento social y permitir el acceso equitativo a los pacientes con enfermedad mental, la consulta comunitaria cubre un área extensa, principalmente debido al tamaño de la zona geográfica que se extiende hasta la frontera con España. Por lo tanto, en nuestro estudio la región con el mayor número de pacientes fue Gouveia (13.6%) y Sabugal (13.2%).

Un desafío común a la implementación de políticas de salud mental es la falta de financiación adecuada.

Sin embargo, los servicios mentales de terapia y tratamiento medicamentoso comunitarios son menos costosos que los cuidados hospitalarios.<sup>1,14</sup>

En este sentido, en un esfuerzo para evitar los riesgos de recaída y de hospitalización prolongada debido a la baja adherencia al tratamiento, el hospital proporciona una medicación gratuita y administrada en casa por una enfermera. En este estudio, el tratamiento más frecuente fue el decanoato de haloperidol (46%), seguido del decanoato

de flupenazine. (22%). Además, hemos encontrado que un significativo porcentaje de los pacientes no había tenido ningún ingreso psiquiátrico, y que, en los últimos años, solo el 6-8% de los pacientes fueron hospitalizados.

De acuerdo con estos datos y con la literatura consultada, podríamos sugerir que la introducción de la inyección antipsicótica de acción prolongada, como estrategia de tratamiento en asociación con el programa de asistencia domiciliaria puede estar significativamente relacionado con la reducción en los porcentajes de descompensación y por lo tanto con la disminución de las admisiones psiquiátricas hospitalarias.<sup>14</sup>

El presente estudio presenta algunas limitaciones, siendo la principal el que su carácter descriptivo impide realizar conclusiones sobre la relación entre variables. Además, la información se recogió en un único servicio comunitario y esto puede reducir la generalización de los resultados. Sin embargo, este estudio facilita una comprensión del programa de asistencia comunitaria y las circunstancias pueden transponerse a otras regiones. Asimismo, el estudio no consideró otras variables sociodemográficas, como la cohabitación, la presencia de hijos, nivel de instrucción escolar, ocupación, etc, entre otros factores, debido a la falta de información procedente de los pacientes. Otro parámetro importante es el consumo de droga, del que normalmente no hay información y no puede ser considerado.

## Conclusión

Los resultados de este estudio destacan la importancia del programa de cuidado domiciliario para mejorar la salud mental de las personas y sus familias. En este sentido, el perfil de los pacientes integrados en el servicio de salud mental de la comunidad es de 52 años, hombre, soltero, con el diagnóstico de esquizofrenia, que se beneficia de la consulta periódica del programa de asistencia domiciliaria. Este tipo de programa también proporciona soporte clínico, social y familiar, aparte de promover la adherencia terapéutica con las inyecciones antipsicóticas de acción prolongada, que promueven la estabilidad clínica, reduciendo el ritmo de reingresos hospitalarios en hospitales psiquiátricos.

Este estudio que determina el perfil de pacientes puede ser una herramienta importante para auxiliar en la decisión clínica con relación al tratamiento y, por último, mejorar los cuidados de salud mental. Sin embargo, es necesaria más investigación para ofrecer mejores cuidados integrados a los pacientes.

## Conflicto de intereses

Las autoras manifiestan no tener conflictos de intereses relacionados con el estudio que puedan influenciar sus resultados.

## Referencias bibliográficas

1. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*. 2016;15(3):276-286.
2. Semrau M, Barley E, Law A, Thornicroft G. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry*. 2011;10(3):217-225.
3. Ministry of Health. Mental Health Act, General Polic. 1959; 95:200 Series. [Consulted in 16 April 2017]. Available from: <http://discovery.nationalarchives.gov.uk/details/r/C10978>.
4. Chiland C. Cinquante ans après: la crise dusecteur. Le souci Humain: un défi pour la psychiatrie, ÉditionsErès, 2010.
5. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Rev. Esp. Salud Pública* 2011; 85(5):427-436.
6. Diário do Governo. Lei n.º 79/1963, Série I de 03 de abril. 1963;1:327 – 332.
7. Kennedy John F. Remarks on signing mental retardation facilities and community health centers construction bill. Signing. *The Community Mental Health Act; 1964*.
8. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Ministério da Saúde. Retrieved 1 May 2017 from <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental>.
9. Decreto Lei no 169/1998 de 24 de Julho. Diário da República: Série I-A de 1998-07-24. Accessed in 24 jun. 2017. Retrieved from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/424762/details/maximized>.
10. Swanson J, Van Dorn R, Swartz M, Robbins P, Steadman H, McGuire T et al. The Cost of Assisted Outpatient Treatment: Can It Save States Money? *American Journal of Psychiatry*. 2013;170(12):1423-1432.
11. Mendes A, Morais A, Melo D, et al. Psiquiatria Comunitária na Equipa de Brandoa – Realidade Assistencial em Dezembro de 2008. *Psilogos*. 2012;10:59-75.
12. Cardoso C, Maia T. Serviços Psiquiátricos com base no Hospital Geral: Um modelo Português. *Psilogos*. 2009;54-66.
13. Ribeiro B, Doellinger O, Cabral T. Mais perto das pessoas: Projeto de criação de um serviço de psiquiatria comunitária num departamento de psiquiatria e saúde mental. *Psiquiatria Clínica*. 2014; 35(1):43-50.
14. Vázquez-Bourgon J, Salvador-Carulla L, Vázquez-Barquero, J. Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Actas Españolas de Psiquiatria*. 2012; 40 (6): 323-332.

---

## PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN BASADOS EN MINDFULNESS: ¿POR QUÉ UTILIZARLOS CON CUIDADORES?

---

### Celia Mareca Viladrich

Neuropsicóloga.  
Unidad de Neuropsiquiatría  
Hospital Mare de Déu de la Mercè  
cmareca.merced@hospitalarias.es

### Resumen

Los cuidadores informales de las personas afectas de demencia, trastorno mental grave o daño cerebral adquirido presentan un elevado nivel de sobrecarga, alto estrés percibido y mayor sintomatología ansioso-depresiva en comparación con la población general. Así mismo, esta situación puede tener efectos sobre los pacientes a los que cuidan. En los últimos años ha aumentado el interés en la atención de estos cuidadores, y su implicación en el programa de rehabilitación de los pacientes se ha puesto de manifiesto en las guías de práctica clínica de estos trastornos. Por otro lado, las intervenciones basadas en Mindfulness están en el foco de atención de muchas instituciones,

ya que la evidencia muestra beneficios en la esfera emocional, cognitiva y conductual de diferentes patologías. En el siguiente artículo se revisa el estado de la cuestión en relación a las intervenciones con familiares en general, las intervenciones basadas en Mindfulness aplicadas a cuidadores en particular y los posibles mecanismos de cambio que podrían avalar la pertinencia de su aplicación en esta población. Se revisan para finalizar algunas de las ventajas de estas intervenciones, así como posibles barreras que deben tenerse en cuenta a la hora de su implementación.

**Palabras clave:** Cuidadores informales, Mindfulness, demencia, trastorno mental grave, daño cerebral adquirido.

## Abstract

Informal caregivers of people suffering dementia, major mental disorder or acquired brain injury often present a high level of burden, perceive high stress and suffer from anxiety and depression if compared with general population. Also, this situation may affect the patient they are caring at. The interest on caregivers grew last years, so clinical guidance point to include specific interventions to attend them. On the other hand, many institutions have shown interest on Mindfulness-based interventions, since evidence appear to be beneficial on emotional, cognitive and behavioral spheres in different diseases. The present paper reviews the state of the art related to interventions on caregivers in general, Mindfulness-based interventions applied on caregivers in particular and the potential mechanisms of change that could endorse the application of this orientation for this population. Some opportunities and barriers of implementation are reviewed in the last part of this document.

**Key Words:** Informal caregivers, Mindfulness, dementia, major mental disorder, acquired brain injury.

## Introducción

Una parte importante de la atención que reciben las personas con enfermedades o discapacidades crónicas se lleva a cabo por los llamados cuidadores informales: miembros de la familia o con algún vínculo personal que proveen de los cuidados físicos, psíquicos y emocionales de estos pacientes. Esta situación de cuidado prolongado puede provocar sobrecarga, aumentando el riesgo de padecer sintomatología ansioso-depresi-

va y disminuyendo su calidad de vida (1,2). La mayoría de intervenciones y tratamientos ofrecidos por los sistemas de salud están dirigidos a paliar los síntomas y dificultades que presentan las personas afectas de alguna enfermedad o daño, pero cada vez se toma más en cuenta la necesidad de abordar de alguna manera el posible malestar de los cuidadores, tanto por la necesidad de atender a sus necesidades directas (3,4), como por el efecto que ello puede tener sobre la sintomatología de la persona a la que atienden (5).

La investigación existente sobre la eficacia de intervenciones grupales con cuidadores recoge los efectos sobre sintomatología, sobrecarga y calidad de vida de los mismos, así como, en algunos casos, sobre los síntomas de las personas enfermas. En general las intervenciones consisten en grupos de ayuda mutua, grupos psicoeducativos e intervenciones de tipo cognitivo conductual. En los últimos años las intervenciones basadas en Mindfulness (IBM) han mostrado evidencia científica para la mejora de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (6-8), adicciones (9), dolor crónico (10) o aspectos psicológicos del cáncer (11), entre muchos otros (12). Se consideran intervenciones de tercera generación, que operan directamente sobre mecanismos psicológicos transdiagnóstico. Este hecho las convierte en herramientas versátiles que pueden ser beneficiosas en multitud de situaciones, incluida la sobrecarga de los cuidadores.

La mayoría de aspectos que se desarrollan con Mindfulness (como el entrenamiento atencional, la regulación emocional, la compasión, la aceptación y la autoconciencia) (13) pueden tener una implicación en la mejora del estado de salud mental de los cuidadores informales. Aun faltando todavía un largo camino que recorrer tanto en la imple-



mentación como en la investigación sobre este tipo de intervención, su aplicación parece adecuada para este tipo de población.

## Cuidadores de personas con demencia, trastorno mental y daño cerebral

Se entiende por cuidador a la persona que provee de asistencia (física y/o emocional) a otra que sufra de enfermedad crónica, edad avanzada, discapacidad o trastorno mental, es decir, cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que dificulte o impida el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. Se habla de cuidador familiar o informal cuando es un familiar, pareja, amigo o vecino con relación personal significativa quien provee este cuidado, y se diferencia de la atención de los cuidadores formales, que son retribuidos económicamente por sus servicios. En el presente artículo nos referiremos al primer tipo de cuidador. Esta tarea requiere de tiempo, esfuerzo y coste económico, e implica cambios en los roles y responsabilidades familiares (3). Algunos de los factores que tienen impacto en los cambios que se producen en las familias que cuidan de personas con enfermedades o daños neuropsiquiátricos tienen que ver con la severidad de la enfermedad, los cambios en la conducta o en la personalidad del paciente y con la existencia de los déficits cognitivos (14). Otros factores, sin embargo, no tienen tanto que ver con la enfermedad en sí, sino con otros aspectos como la incertidumbre respecto al futuro, los rasgos de personalidad premórbidos de la persona afectada, la capacidad de la familia para elaborar pérdidas o cambios, los cambios de roles dentro del sistema por

causa de la enfermedad o daño, la comunicación con los profesionales involucrados en el tratamiento del afectado, el grado de dependencia del paciente de la familia, el aislamiento social, la disponibilidad de la provisión de cuidados a la persona afectada por parte del sistema sanitario y los aspectos legales y financieros. En función de estos y otros factores, el cuidador puede experimentar sobrecarga de diversa gravedad. El concepto de sobrecarga del cuidador ha ido evolucionando a medida que ha ido ganando atención en los entornos de cuidado al paciente y a su entorno: de una visión unidimensional (concepto de carga global), pasando por un concepto bidimensional (carga objetiva y carga subjetiva), hasta el actual concepto multidimensional (carga física, psicológica, social y económica) (15).

En las distintas unidades que componen el Hospital Mare de Déu de la Mercè se atiende, entre otras, a personas afectas de demencia, Trastorno Mental Grave (TMG), Daño Cerebral Adquirido (DCA) y consumo de tóxicos, todas ellas condiciones que, por sus características, pueden generar alta sobrecarga en los cuidadores. La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un déficit adquirido en más de un dominio cognitivo, que representa una pérdida respecto al nivel previo, que reduce de forma significativa la autonomía funcional y que cursa frecuentemente con síntomas conductuales y psicológicos. Se define el trastorno mental grave (en adelante, TMG) como lo referido a un conjunto de diagnósticos clínicos (en general, del grupo de las psicosis, como la esquizofrenia, o del trastorno bipolar, aunque también están incluidos otros) de duración prolongada (por consenso, como mínimo dos años) y que se caracterizan por la presencia de graves dificultades en el funcionamiento personal y social. El DCA es un daño cerebral no de-

generativo y no congénito causado por una fuerza externa o interna que puede llevar a deterioros temporales o permanentes de las funciones cognitiva, física y psicosocial. Estas condiciones pueden ser especialmente complicadas para los cuidadores, debido a la elevada dependencia funcional, la presencia de sintomatología psiquiátrica y/o el deterioro cognitivo, sumado al carácter continuado o crónico.

La sobrecarga puede tener implicaciones sobre varias esferas de la salud del cuidador y su calidad de vida. Si el nivel de carga es elevado, el cuidador puede convertirse en un “paciente invisible”, con elevados niveles de estrés físico y emocional. Los cuidadores experimentan menor salud a nivel físico, función inmune comprometida, aislamiento social, soledad, alteraciones crónicas de sueño y disfunciones en la esfera emocional, como ansiedad y depresión (2). Esta sintomatología puede llegar a ser de gravedad: por ejemplo, el grupo de cuidadores de pacientes afectados de demencia se considera un grupo de alto riesgo de suicidio, y este riesgo no parece disminuir por el fallecimiento o institucionalización del familiar afectado (16). El impacto que el cuidado tiene sobre los cuidadores en relación a sus emociones puede reducir sus posibilidades de funcionar adecuadamente y ejercer su rol de forma óptima, teniendo así un posible efecto opuesto al deseado en las personas que reciben su cuidado. Atender las necesidades de este grupo de población para asegurar su bienestar emocional se hace crucial en la atención de las personas enfermas y de sus cuidadores.

## Intervenciones sobre cuidadores: breve revisión

Intervención familiar se refiere a cualquier intervención psicosocial que implique a cuidadores (o cuidadores y usuarios) en formato individual o grupal para recibir información, entrenamiento en habilidades prácticas o soporte. La intervención se diseña para reducir los niveles de estrés del cuidador y empoderarlo para afrontar de forma más efectiva los retos del día a día en la tarea de cuidado (17).

Las revisiones sobre intervenciones familiares encuentran la limitación del uso de distintas metodologías de intervención (diferencias en el número de familias incluidas -uni o multifamiliares-, número y duración de las sesiones, duración del programa, entorno -clínico, ambulatorio- y diferentes métodos de análisis, por lo que es difícil comparar los resultados u obtener datos para un meta-análisis (18). Aun así, existen unos principios generales en los que se basan este tipo de intervenciones:

- La mayoría de familias de individuos afectados de alguna enfermedad mental necesitan información, asistencia y soporte.
- La forma cómo los familiares actúan ante la persona enferma puede afectar tanto a su bienestar como a su situación clínica.
- Combinan elementos informativos, cognitivos, conductuales, de solución de problemas, emocionales y de afrontamiento.
- Son creadas por profesionales de la salud.
- Se ofrecen como parte integrada en el plan de tratamiento individualizado a cada usuario.
- Se centran en los beneficios sobre el paciente, pero los resultados sobre la familia misma también son importantes (reducción de la sobrecarga).
- Incluyen contenidos sobre la enfermedad,

medicación y manejo del tratamiento, servicios asistenciales, sobrecarga emocional, mejora de la comunicación familiar, entrenamiento en solución de problemas, expansión del soporte social e intervención en crisis.

- Son específicas de cada diagnóstico, pero algunas se desarrollan en base a modelos generales.

En general, las intervenciones sobre los cuidadores pueden clasificarse en los siguientes grupos:

- Grupos de soporte y ayuda mutua: son grupos en que, personas con una problemática o condición similar, se reúnen periódicamente para ayudarse mutuamente, compartiendo su experiencia personal con el resto de miembros. Suelen tener como objetivos el compartir conocimiento nacido de la experiencia (distinto del profesional/científico), disminuir el aislamiento, favorecer sentimientos de pertenencia y servir como soporte emocional. Se caracterizan por la existencia de igualdad, reciprocidad, horizontalidad y simetría entre sus miembros.
- Intervenciones psicoeducativas: incluyen aquellas intervenciones enfocadas a aumentar el conocimiento por parte de los cuidadores de la condición de su familiar, enseñando tanto habilidades específicas para el manejo de la enfermedad como para el afrontamiento emocional de la situación estresante.
- Terapia Cognitivo-Conductual: aproximación activa, directiva, delimitada en el tiempo y estructurada basada en el modelo cognitivo. Está dirigida a modificar estilos de pensamiento y conducta para la mejora de la sintomatología afectiva ligada a la situación problemática.

En relación a las intervenciones para cuidadores de enfermos afectados de demencia,

la revisión de Kishita y colaboradores (16) encuentra que las intervenciones psicoeducativas son un tratamiento efectivo sobre la sobrecarga, y que intervenciones psicoterapéuticas de tipo cognitivo-conductual tienen un efecto mayor sobre los síntomas de depresión y mejora de la calidad de vida. En relación a los síntomas de ansiedad, el mayor efecto se encuentra para las intervenciones psicológicas más modernas, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (que usa, como ingrediente dentro de su concepción, el Mindfulness).

La revisión Cochrane sobre intervenciones familiares para esquizofrenia (19) concluye que las intervenciones familiares producen como principal beneficio la disminución del riesgo de recaídas en la esquizofrenia, ayudan a la toma continuada del tratamiento y reducen el número de reingresos. Así mismo, tienen un efecto en la disminución de la sobrecarga y la tensión familiar. Los resultados de algunas investigaciones sobre las familias cuidadoras de pacientes con psicosis pueden agruparse en ocho categorías según Lobban (5): respuesta emocional de los familiares, habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, soporte social percibido, necesidades del familiar, necesidades de la sobrecarga, funcionamiento familiar, actitudes, creencias y conocimiento de la familia y calidad de las relaciones. Las intervenciones fueron clasificadas en su revisión en cinco grupos: a) educación pasiva, b) psicoeducación, c) psicoeducación y ayuda mutua, d) psicoeducación y entrenamiento en habilidades y psicoeducación, e) entrenamiento en habilidades y ayuda mutua. Si bien la mayoría de estudios encuentran resultados positivos para alguna de las medidas evaluadas, la pobre calidad metodológica de los estudios hace difícil sacar conclusiones fiables sobre la evidencia de eficacia. Apuntan

a la importancia de identificar cuáles de los cuidadores tienen riesgos para su salud, de evaluar exactamente los aspectos relevantes de su bienestar y de la experiencia de cuidado, revisando cuidadosamente qué instrumentos de medida serían los más adecuados. Así mismo, la revisión llevada a cabo por Fai y colaboradores (17) sobre intervención familiar en psicosis incipiente revela que las intervenciones familiares, comparadas con el tratamiento habitual, tienen efectos significativos sobre la sobrecarga familiar, incluso en seguimientos a 12 y 24 meses. Además se observó una mejora en la utilización de los servicios de atención formal, especialmente un año después de la intervención.

La revisión sistemática de Shepherd-Banigan (20) y colaboradores recoge las investigaciones sobre intervenciones con cuidadores familiares de personas afectas de daño cerebral adquirido (DCA). Incluyen en la revisión cualquier intervención dirigida al apoyo del paciente con ayuda de la familia o directamente dirigida a la familia (entrenamiento en habilidades, educación sanitaria, terapia familiar, información sobre el sistema de salud, recursos comunitarios, soporte social/emocional, soporte práctico en el día a día y asistencia económica). Si bien no obtienen efectos estadísticamente significativos mediante el meta-análisis en el estatus funcional del paciente, sus síntomas psicológicos o los del cuidador, sí observan que la dirección de los resultados favorece a las intervenciones, en lo relativo a calidad de vida del paciente y sus familiares, mejora de algunos síntomas de los propios pacientes y disminución de la sobrecarga del cuidador.

Las guías de práctica clínica se hacen eco también de la necesidad de abordar al familiar cuidador dentro del programa de intervención del paciente. Por ejemplo, en la guía de práctica clínica de intervenciones

psicosociales para el TMG (21), se considera como altamente recomendable ofrecer programas de intervención psicosocial que incluyan intervención familiar con componente psicoeducativo y técnicas de afrontamiento y entrenamiento en habilidades sociales, añadido al tratamiento estándar a las personas con TMG y diagnóstico de psicosis no afectivas. Se indica como recomendación favorable ofrecer intervención familiar como parte integrada del tratamiento y de forma intensiva (al menos 6 meses y/o 10 o más sesiones). Se recomienda en grado A la aplicación de programas de intervención familiar para la reducción de la carga familiar, mejoría del funcionamiento social del paciente y disminución del coste económico en la guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente (22). Está especialmente recomendada para pacientes de larga evolución, en familias que conviven con los pacientes y que sufren recaídas o sintomatología persistente. Se recomiendan intervenciones de tipo psicoeducativo con estrategias de desarrollo de habilidades, basadas en el manejo de la emoción expresada, y de duración no inferior a los 6 meses. Siempre que sea posible, se recomienda también incluir al paciente en la intervención. En la misma línea, la guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas afectas de enfermedad de Alzheimer y otras demencias (23) indica como recomendación favorable la aplicación de programas que combinen el apoyo educativo, el apoyo emocional y la facilitación de recursos como atención a los cuidadores de personas con demencia para disminuir su carga en la tarea de cuidar, así como la ansiedad y la depresión.

Aunque todavía se requiere de más y mejor investigación para demostrar su evidencia, parece claro que la intervención con las familias cuidadores debe ser tomada en cuenta

en la planificación de la atención a pacientes con algún tipo de patología mental.

## Origen y desarrollo de las intervenciones basadas en Mindfulness

El origen de Mindfulness se encuentra principalmente en la tradición budista, y toma de ella principios, ideas y métodos. Mindfulness es la traducción en inglés de la palabra “sati” (término del idioma “pali”) que viene a significar “atención plena” o “consciencia plena”. Se puede entender Mindfulness como la consciencia que surge de prestar atención de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar (24). También se ha definido Mindfulness como un tipo particular de atención, focalizada en el momento presente, libre de juicio, con aceptación de la experiencia y con una actitud de apertura y curiosidad (25). Esta habilidad puede entenderse como un estado de la mente, o como un rasgo de la persona. Este rasgo o estado disposicional es entrenable con la práctica, y actualmente se habla de cinco factores que lo componen: observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad.

Durante el siglo XX se inicia la relación de la psicología y la medicina con el Mindfulness en Occidente. En 1979 Jon Kabat-Zinn (26) funda el Center for Mindfulness en la Universitat de Massachussets, donde desarrolla uno de sus programas más conocidos: el MBRS (*Mindfulness-Based Stress Reduction Program*), en un inicio contextualizado como una intervención para dolor crónico. El programa se estructura en 8 sesiones de 2-2.5 horas y un retiro en silencio, en grupos de hasta 30 participantes. Las sesiones

constan de una parte psicoeducativa sobre cómo funciona la mente y el estrés y una parte vivencial en la que se experimenten los conceptos aprendidos mediante técnicas de meditación. Entre los ejercicios de meditación formal, adaptados de la tradición budista, se incluyen el escaneo corporal, la meditación sentado, comiendo o caminando, la comunicación consciente y ejercicios de yoga. Además se requiere de práctica diaria individual en casa, a menudo con la ayuda de audios facilitados por los instructores y la incorporación de lo aprendido en la vida cotidiana (práctica informal). Posteriormente se desarrolla otro de los programas con más evidencia científica: el MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) (27), con intención inicial de prevenir recaídas en el trastorno depresivo. El programa incluye más componentes centrados en el descentramiento, es decir, en la capacidad de desidentificarse de los propios pensamientos y emociones.

Durante los últimos 40 años los ámbitos de investigación centrados en este tipo de intervenciones se ha multiplicado de forma exponencial. Además de ensayarse en trastornos depresivos y de ansiedad, se ha utilizado en trastornos de personalidad, trastornos por uso de sustancias, psicosis y trastorno bipolar, trastornos de la conducta alimentaria, del desarrollo, de la esfera sexual y trastornos neurocognitivos como las demencias o el daño cerebral adquirido. Así mismo se ha utilizado para el afrontamiento de síntomas psicológicos en pacientes oncológicos, enfermedad coronaria, artritis reumatoide, dolor crónico y fibromialgia. Y en población no clínica, ha sido investigado en la reducción del estrés y el burnout de profesionales de la salud, profesores y cuerpos de seguridad. Empresas multinacionales han hecho uso de estas técnicas y su inclusión en programas educativos se hace cada día más presente.

El hecho de que pueda aplicarse Mindfulness en contextos clínicos tan diversos se debe a que trabaja sobre procesos transdiagnóstico. Tanto los protocolos más estandarizados de Mindfulness como su uso en aproximaciones terapéuticas que lo utilizan como ingrediente (terapia de aceptación y compromiso, terapia dialéctico-conductual) tienen efecto sobre procesos que son comunes en el funcionamiento psicológico de los individuos, tanto si son considerados sanos como si padecen de sufrimiento ligado a alguna enfermedad o trastorno. Es, por tanto, un tipo de intervención versátil que puede ser, pues, aplicable a cuidadores familiares de enfermos para paliar su malestar.

Es más, en el Reino Unido la aplicación de programas MBCT está recomendada en las guías clínicas basadas en la evidencia científica para personas con dos o más episodios de depresión mayor con riesgo de recaída (28). Las intervenciones basadas en Mindfulness (IBM) pueden ofrecerse como una posibilidad terapéutica accesible y de bajo coste, con el beneficio añadido de alejarse del estigma que todavía existe en las aproximaciones de tratamiento psiquiátrico.

## Mindfulness y sus mecanismos de cambio en cuidadores

Existe todavía poca investigación de los efectos de Mindfulness sobre cuidadores. En general, la mayoría de estudios se han realizado con cuidadores de personas afectas de demencia y cáncer en adultos (en algún estudio se ha aplicado la adaptación de un programa para la participación conjunta de pacientes y familiares), y en progenitores de población infantil afecta de discapacidad intelectual y enfermedad mental. La mayoría

de publicaciones sobre la aplicación de alguna intervención basada en Mindfulness para cuidadores en trastorno mental grave están dirigidas a cuidadores profesionales y personal sanitario. No se ha encontrado ninguna publicación sobre Mindfulness en cuidadores de personas con daño cerebral.

La mayoría de estudios que han utilizado Mindfulness en cuidadores recogen medidas autorreportadas de bienestar, estrés, depresión, ansiedad, estado de ánimo, mindfulness, sobrecarga, autocompasión y calidad de vida. El estudio de Lengacher (29) y colaboradores analizó el cortisol salivar y la interleukina-6, y encontró una disminución tras la intervención, que se relacionó con los cambios en estrés percibido y estado de ánimo.

En la revisión realizada por Li y colaboradores se observan resultados significativos en la mayoría de estudios que utilizan intervenciones basadas en Mindfulness con cuidadores. En general, los resultados muestran mayor bienestar autorreportado, menos estrés, depresión y ansiedad, mejor estado anímico, mayor autoconsciencia, menor sobrecarga, mayor autocompasión y mejor calidad de vida (2). Esta revisión incluye estudios que aplican un programa MBSR a cuidadores de pacientes de condiciones diversas (demencia y deterioros funcionales, cáncer y otras condiciones crónicas, niños con discapacidad y pacientes trasplantados). La mayoría de los estudios obtuvieron mejora significativa en los síntomas psicológicos autorreportados por los participantes, y los datos cualitativos mostraron que los cuidadores habían aprendido habilidades que pretendían continuar utilizando tras recibir el programa. A pesar de que los cuidadores tienen dificultades para poder dedicar tiempo a su propia ayuda (por los costes, tiempo y distancia de los servicios), los abandonos

de este tipo de programa son escasos, hecho que hace que, aparentemente, este tipo de programa (estructurado y de corta duración) sea adecuado para este tipo de población.

Se ha planteado que existen varios componentes implicados en los beneficios de la práctica de Mindfulness (30), si bien los estudios específicos sobre la aplicación de estas estrategias sobre los cuidadores todavía no se han enfocado en desgranar cuál es la relación entre los mecanismos de cambio de Mindfulness y los resultados obtenidos sobre los cuidadores. Se postulan, a continuación, algunas posibles relaciones:

Por un lado, la práctica de Mindfulness se basa en un entrenamiento atencional. Además de los cambios observados en atención sostenida, selectiva y ejecutiva, parece que el desarrollo de las capacidades atencionales tiene implicaciones para la mejora del funcionamiento psicológico por la disminución de la divagación mental. Puesto que los recursos de procesamiento atencional son reducidos, el hecho de que la práctica de Mindfulness reduzca el procesamiento excesivamente elaborativo de los estímulos negativos permite al individuo seleccionar y ejecutar respuestas más óptimas a las contingencias ambientales. Además, se ha observado que sujetos con mayor capacidad en memoria de trabajo sufren menos pensamientos emocionales intrusivos, y tienen más éxito en suprimir emociones positivas y negativas; la memoria de trabajo, lejos de ser una capacidad inmutable del individuo, puede experimentar variaciones tras IBM (31). Al mejorar el control atencional de los cuidadores, éstos pueden reenfocar más fácilmente su atención al momento presente, disminuyendo las frecuentes ruminaciones sobre el pasado (origen de la sintomatología depresiva) y el futuro (origen de la sintomatología de ansiedad).

Por otro lado, los programas de Mindfulness implican una mayor capacidad de regulación emocional. Se ha observado que la práctica de Mindfulness produce cambios en el procesamiento automático de las emociones (menor apego a las emociones desagradables y mayor experimentación de emociones agradables, tanto por un aumento del afecto positivo en sí como por reelaboración positiva de acontecimientos estresantes). Dado que los familiares cuidadores se encuentran constantemente expuestos a situaciones estresantes, este cambio en el procesamiento emocional puede ser beneficioso, promoviendo un aumento en el afecto positivo y disminuyendo el malestar provocado por la mayor presencia de emociones desagradables de esta población (32).

La práctica fundamental de Mindfulness implica la observación de los procesos mentales propios con actitud de aceptación y curiosidad, desarrollando la capacidad de descentramiento, es decir, la capacidad de observar los propios estados de manera distanciada o metacognitiva (33). Esta capacidad implica que los pensamientos sean entendidos como eventos mentales y no como copias literales de la realidad. Esta visión no apegada del yo implica una disminución en la fijación de las ideas, así como menor presión interna para obtener, mantener o evitar las circunstancias o experiencias propias, que muchas veces están detrás de las estrategias de afrontamiento poco adaptativas utilizadas ante experiencias desagradables. Los cuidadores familiares de pacientes pueden verse anclados en el pasado (revisión constante tanto de la sintomatología que padeció anteriormente su familiar, de las actitudes y comportamientos previos tanto del paciente como de ellos mismos, juicio negativo de las situaciones previas etc...) y/o en anticipaciones sobre el futuro (sobre sí



la sintomatología volverá a suceder, visiones catastrofistas sobre el futuro, planificación sobre acciones o comportamientos con el fin de prevenir sucesos...). La vuelta al presente que se trabaja en Mindfulness puede ayudar a disminuir este tipo de pensamientos automáticos y mejorar su autorregulación emocional.

Una mejor regulación emocional tiene que ver también con el desarrollo de la flexibilidad. En el estudio de Jensen (34) se observa que un mayor nivel de flexibilidad psicológica está relacionado con un menor nivel de estrés en los cuidadores. Los autores apuntan que este hecho puede tener importantes implicaciones clínicas para la facilitación del proceso de aceptación a través de intervenciones psicológicas de "tercera generación".

Las prácticas de Mindfulness tienen incidencia sobre la reactividad emocional (tanto cognitiva como emocional), disminuyendo la necesidad de actuar inmediatamente a los desencadenantes vitales estresantes. A pesar de su controvertida evolución, el concepto de "alta emocionalidad expresada" (AEE) está en la base de la evolución de las intervenciones familiares en psicosis, y su disminución se muestra beneficiosa tanto para el progreso del tratamiento como sobre la sobrecarga subjetiva de los cuidadores (35). Podría pensarse que los programas de intervención basados en Mindfulness pueden tener un efecto también sobre la AEE.

El desarrollo de la capacidad de aceptación es otro de los factores que explican los efectos beneficiosos del Mindfulness según la evidencia. Parece que tiene efecto tanto en la disminución de sintomatología patológica como en el aumento del bienestar. La mayor conciencia corporal se ha asociado a menor propensión al juicio, mayor regulación emocional y mejor toma de decisiones. Incluso parece que está ligado con una mayor

apertura a los procesos internos, mejorando la clarificación de valores y generando, por tanto, un funcionamiento más integrado. Un estudio cualitativo reciente concluye que los cuidadores de salud mental aprenden en las intervenciones familiares tradicionales 5 habilidades/técnicas importantes: desarrollar insight y aceptación, reconocer los signos de recaída, mejorar las habilidades de comunicación, aprender a planificar y resolver problemas y ser más independientes (36). En las IBM se trabajan, de forma práctica, varios de estos ingredientes que han mostrado eficacia en otras intervenciones familiares.

Por último, otro de los aspectos que puede influir en una mejor regulación emocional tiene que ver con el desarrollo de la autocompasión, entendida como apertura al propio sufrimiento, experimentando sentimientos de afecto y amabilidad hacia uno mismo y aceptando las propias limitaciones y errores (37). Parece que la autocompasión actúa haciendo que la reactividad cognitiva no genere tantos efectos negativos sobre la persona. Una de las emociones experimentadas con más frecuencia por los cuidadores son los sentimientos de culpa. Se ha observado cuidadores con puntuaciones mayores en el Cuestionario de Culpa del Cuidador, presentan también mayores puntuaciones en depresión y ansiedad, y menor frecuencia y satisfacción con actividades de ocio y soporte social (38). El estudio de Gonyea (39) pone de manifiesto cómo la culpa, que tiene que ver con el juicio y autoevaluación que realizan los cuidadores sobre su propio desempeño, tiene una relación directa con la sensación de malestar y sobrecarga experimentada por los mismos. El desarrollo de autocompasión practicado con Mindfulness puede ayudar a disminuir el juicio (autoevaluación) y, secundariamente, disminuir la presencia de este sentimiento de culpa. Ade-



más, el aumento de la aceptación los estados emocionales puede ayudar a romper el ciclo de conductas evitativas que suelen desencadenar este tipo de sentimientos crónicos.

En el corazón de los programas basados en Mindfulness está el desarrollo de la compasión incluso si no se realizan prácticas específicas para ello. Parece que los cambios en autoconsciencia fruto de este tipo de intervenciones favorecen que el individuo entre en contacto con valores internos que pueden activar de forma natural la compasión hacia otros. También se postula que la compasión hacia otros sea una generalización de la autocompasión. Estos cambios tanto en compasión como autocompasión pueden mediar en la mejora de los vínculos interpersonales que, a su vez, son tan importantes en la salud mental de las personas.

## Oportunidades para la implementación de intervenciones basadas en Mindfulness con cuidadores

Las IBM parecen una opción adecuada por su utilidad y viabilidad:

- El hecho de que existan protocolos altamente estructurados, de corta duración y en formato grupal las hacen coste-efectivas
- Son intervenciones alejadas del estigma asociado a otras intervenciones de corte más psiquiátrico
- Disponen de un componente psicoeducativo sobre el funcionamiento psicológico de las personas general y ampliamente aplicable
- La característica vivencial/experiencial de los programas facilita el desarrollo de habilidades prácticas

- El papel protagonista de los participantes en los programas, que son responsables y actores de la propia experiencia y no meros receptores pasivos de una intervención está totalmente alineado con la tendencia de atención centrada en la persona y el empoderamiento del paciente de los servicios de salud
- El creciente número de investigaciones con resultados favorables hace que cada vez reciba más atención por parte de los agentes planificadores de los servicios de salud
- Su orientación transdiagnóstico hace posible aplicar adaptaciones en las que participen familiares y pacientes conjuntamente
- La evidencia muestra múltiples beneficios en distintos tipos de población sobre la sintomatología depresiva y de ansiedad en particular, y un alivio del malestar y disminución del estrés en general, que puede ser beneficioso para la intervención sobre la sobrecarga que sufren los familiares

## Posibles barreras y soluciones para su implementación

Las posibles barreras que pueden limitar la implementación de este tipo de intervenciones sobre cuidadores de personas enfermas pueden resumirse (sin ánimo de ser exhaustivos) en cuatro áreas:

### 1. Los propios cuidadores:

Pueden tener dificultades para el transporte, incompatibilidad de horarios etc. Precisamente los cuidadores son una población con alta demanda de responsabilidades y poco tiempo para ejecutarlas. Muchos considerarán que no tienen tiempo para asistir

al grupo o realizar la práctica diaria. Los estudios que utilizan este tipo de intervención tienen tasas de abandono bajas, aunque se ha detectado que las personas con dolor crónico y los varones tienen más probabilidades de abandonar la intervención (40). Algunas familias que llevan mucho tiempo al cuidado del paciente pueden tener pocas expectativas sobre la efectividad o beneficios de las intervenciones, por el hecho de llevar mucho tiempo al cuidado del enfermo (*burnout*), o por falta de información sobre la utilidad o potencia terapéutica de la intervención. Si bien en el momento actual la “moda” de Mindfulness puede desdibujar esta barrera, también puede contribuir a malentender sus principios y utilidad (por ejemplo, es frecuente confundir Mindfulness con relajación, hecho que implicará un desajuste de expectativas cuando se participe en el grupo).

Será importante atender a las posibles necesidades de los familiares, como impartir las sesiones en los horarios de terapia ofrecida a sus familiares, ofrecer flexibilidad en horarios y días, implicar a las familias en la planificación, divulgación e implementación de los programas y ofrecer sesiones de información previa.

## 2. La propia intervención:

Es importante conocer en detalle los posibles efectos adversos de este tipo de intervención, aunque aún pocas las referencias disponibles al respecto. En uno de los primeros estudios sobre el tema, Shapiro (20) observó que cerca del 50% de las personas que habían participado en un entrenamiento en meditación reportaban algunos efectos adversos, coexistiendo con efectos beneficiosos en la mayoría de los casos. Los más frecuentes fueron desorientación, adicción a la meditación, aburrimiento o dolor, conflic-

tos familiares, juicio a otras personas, alienación social o incomodidad con el mundo real. Posteriormente se ha documentado que la meditación puede favorecer las experiencias de despersonalización o precipitar episodios psicóticos en personas vulnerables (41), y debe ser utilizada también con cautela en personas trastorno límite, postraumático o trastorno de la conducta alimentaria (42). Además, es necesario todavía mostrar la eficacia de Mindfulness en comparación con otras intervenciones: cuando son comparadas con otro tipo de terapia validada, las IBM normalmente obtienen el mismo grado de eficacia. Es necesario obtener evidencia, y explorar los moderadores de la eficacia para conocer los perfiles que más se pueden beneficiar. Por ejemplo, parece ser que existe mayor beneficio en personas con altas puntuaciones en neuroticismo y responsabilidad (43). La investigación sobre este tipo de intervención no siempre es de calidad suficiente: estudios no controlados, no aleatorizados, con muestra pequeña, mayor presencia de género femenino, sin seguimientos a largo plazo, sin control de la adaptación de los programas y muchos de ellos sin retiro de silencio. Existen muy pocas investigaciones que utilicen biomarcadores como medida de resultado.

Una adecuada evaluación y selección previa de los potenciales participantes, así como una adecuada adaptación de los programas a sus necesidades redundará en mayores beneficios y efectividad de la intervención. Y un buen diseño de las investigaciones ayudará a aumentar el grado de evidencia de su eficacia.

## 3. Profesionales:

Si puede existir menosprecio de tratamientos recomendados por la evidencia por parte

de algunos profesionales (44), este hecho no será distinto para intervenciones más “novedosas” como lo pueden ser las intervenciones psicológicas de tercera generación. Algunos profesionales pueden ver a los programas de intervención psicosocial como como costosos en tiempo, dinero y recursos humanos, e infravalorar la eficacia a largo plazo de este tipo de programas, por lo que pueden ser vistos como un “lujo innecesario”.

Es necesario que las personas que implementen IBM dispongan de formación adecuada y suficiente. Además de la práctica personal, imprescindible para instruir este tipo de prácticas, es muy recomendable que los profesionales que apliquen IBM reciban supervisión por parte de otros profesionales con mayor nivel de experiencia. Como mínimo, la supervisión debería realizarse durante la fase de implantación, sobre aspectos como la selección de pacientes, resistencia de los profesionales o la solución de dificultades en el diseño de las sesiones, para facilitar la adaptación la intervención al propio recurso y corregir desviaciones de los principios y metodología general de estos programas. También puede ser beneficioso realizar sesiones informativas sobre Mindfulness para los profesionales que no estén implicados en su puesta en práctica, para que conozcan los objetivos y eficacia de la intervención y puedan colaborar en su exitosa implementación.

#### 4. Organizaciones:

Del mismo modo que entre distintos profesionales, las organizaciones pueden tener estructuras rígidas de atención, poco proclives al cambio que puede suponer la implementación de nuevas intervenciones o perspectivas. Algunos aspectos mal entendidos de Mindfulness (por su origen en el budismo)

pueden chocar con la filosofía, cultura y valores de algunas instituciones. En algunos casos, la falta de recursos humanos, la poca disponibilidad para una formación adecuada de los instructores o la escasez de recursos materiales puede limitar la implementación de un programa.

La adaptación de la estructura de los programas a las características del centro o servicio puede facilitar su implementación. De nuevo la información facilitada a los miembros de las organizaciones puede facilitar su ajuste con la filosofía asistencial de los centros. Una estructura que facilite la formación de sus profesionales puede redundar en una mejor aplicación de los programas.

#### 5. Gestores:

Del mismo modo que algunas limitaciones de las organizaciones, los gestores de salud pueden presentar resistencias al cambio, tener tendencia a sobrevalorar la cantidad sobre la calidad, sobrevalorar los costes económicos de la intervención o estar faltados de información sobre las evidencias mostradas por estas intervenciones.

Por último en muchas ocasiones son las iniciativas particulares de los propios profesionales de las organizaciones las que consiguen llevar a cabo la implementación de estrategias de nueva elaboración. Pero es imprescindible contar con el apoyo de la dirección/gerencia de los centros para asegurar la viabilidad de los proyectos. Para asegurar el éxito en la implementación de este tipo de intervenciones, es necesario no sólo un modelo de “abajo-arriba”, sino disponer también de un soporte de “arriba-abajo” que estructure la aplicación de los programas.

## Conclusiones

En las distintas unidades que componen el Hospital Mare de Déu de la Mercè se atienden, entre otras, a personas que sufren de demencia, trastorno mental grave y daño cerebral adquirido. Las tres entidades tienen en común la presencia de sintomatología psiquiátrica, deterioro cognitivo y funcional, y la tendencia a la cronicidad de los síntomas. Estas condiciones tienen que ver con el alto nivel de sobrecarga que pueden experimentar los cuidadores informales de estos pacientes, por lo que aplicar intervenciones para atender este sufrimiento ha formado parte desde siempre de la identidad de la institución.

Las intervenciones familiares utilizadas tradicionalmente en la atención a este tipo de patologías se pueden agrupar en: grupos de ayuda mutua, intervenciones psicoeducativas e intervenciones cognitivo-conductuales. Uno de los ingredientes transversales es la adquisición de habilidades en el manejo emocional por parte de los propios cuidadores. Las intervenciones basadas en Mindfulness, que han mostrado su evidencia en la reducción del malestar en múltiples entidades clínicas, se están erigiendo en los últimos años como abordajes viables y útiles para otras condiciones no patológicas. Algunas investigaciones apuntan a los beneficios sobre sintomatología ansioso-depresiva, sobrecarga y en calidad de vida que puede generar su aplicación sobre cuidadores de personas afectas de demencias. Si bien existe menor investigación sobre cuidadores de personas con trastorno mental grave o daño cerebral, el carácter transdiagnóstico de estas intervenciones haría esperar un efecto igualmente positivo.

Los mecanismos psicológicos sobre los que actúa Mindfulness pueden ligarse con

las fuentes de sufrimiento de los cuidadores. La disminución de las rumiaciones sobre el pasado y anticipaciones de futuro tan presentes en los familiares de enfermos, así como el aumento de las experiencias agradables pueden tener un efecto claramente beneficioso sobre los cuidadores. Una menor reactividad a las situaciones desagradables puede implicar una mejor habilidad para resolver los estresores vitales a los que se enfrentan de forma continuada los cuidadores. Se podría pensar que una mejor autorregulación emocional pueda tener un efecto sobre la alta emocionalidad expresada en las familias, con el consiguiente beneficio tanto para el cuidador como para la persona receptora de cuidados. Y el desarrollo de la compasión (tanto hacia uno mismo como hacia los demás), podría tener un efecto sobre los frecuentes sentimientos de culpa que presentan los cuidadores.

Algunas de las características de los programas de intervención basados en Mindfulness (corta duración, protocolización, flexibilidad, transdiagnóstico, practicidad, centrados en la persona) los hace especialmente elegibles para ser aplicados con familias. Si bien su implementación puede encontrar todavía una serie de barreras, poner soluciones para sobrepasarlas puede ser una buena oportunidad para aplicar una nueva orientación con beneficios tanto para los cuidadores como para las personas enfermas que son atendidas en nuestro hospital.

## Referencias bibliográficas

1. Martín-carrasco M, Isabel A, Panchón D, Mu P, Ballesteros-rodríguez EGJ. Instrumentos para medir la sobrecarga en el cuidador informal del paciente con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48(6):276–84.
2. Li G, Yuan H, Zhang W. The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers: Systematic Review. *Arch Psychiatr Nurs.* Elsevier Inc.; 2016;30(2):292–9.
3. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: A clinical review. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2014;311(10):1052–9.
4. Ashcroft K, Kim E, Elefant E, Benson C, Carter JA. Meta-Analysis of Caregiver-Directed Psychosocial Interventions for Schizophrenia. *Community Ment Health J.* Springer US; 2018;54(7):983–91.
5. Lobban F, Postlethwaite A, Glentworth D, Pinfold V, Wainwright L, Dunn G, et al. A systematic review of randomised controlled trials of interventions reporting outcomes for relatives of people with psychosis. *Clin Psychol Rev [Internet].* Elsevier Ltd; 2013;33(3):372–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.12.004>
6. Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(2):169.
7. Fernández E. MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy): Origen, Alcance y Eficacia. *Rev Psicoter.* 2016;27(103):71–88.
8. Segal, Z., Williams, M., & Teasdale J. *Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión.* Editorial Kairós; 2015.
9. Garland, E. L., Gaylord, S. A., Boettiger, C. A., & Howard MO. Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: results of a randomized controlled pilot trial. *J Psychoactive Drugs.* 2010;42(2):177–92.
10. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a Meditation-Based Stress Reduction Program in the Treatment of Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry.* 1992;149(July):936–43.
11. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits A meta-analysis. 2004;57:35–43.
12. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* American Psychological Association; 2003;84(4):822.
13. van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgaard J, et al. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clin Psychol Rev.* Elsevier B.V.; 2015;37:26–39.

14. Van Vliet D, De Vugt ME, Bakker C, Koopmans RTCM, Verhey FRJ. Impact of early onset dementia on caregivers: A review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25(11):1091–100.
15. Crespo M, Rivas M. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*. 2015;I:9–16.
16. Kishita N, Hammond L, Dietrich CM, Mioshi E. Which interventions work for dementia family carers?: an updated systematic review of randomized controlled trials of carer interventions. *Int Psychogeriatrics*. 2018;1–18.
17. Fai C, Wai M, Chien T, Thomas D. Family intervention for caregivers of people with recent-onset psychosis : A systematic review and meta-analysis. 2017;(April):1–26.
18. Lucksted A, McFarlane W, Downing D, Dixon L, Adams C. Recent Developments in Family Psychoeducation as an Evidence-Based Practice. *J Marital Fam Ther*. 2012;38(1):101–21.
19. Pharoah F, Jj M, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(12).
20. Shepherd-banigan ME, Shapiro A, Mcduffie JR, Brancu M, Sperber NR, Houtven CH Van, et al. Interventions That Support or Involve Caregivers or Families of Patients with Traumatic Injury : a Systematic Review. *J Gen Intern Med*. *Journal of General Internal Medicine*; 2018;1–10.
21. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan Calid para el Sist Nac Salud del Minist Sanid y Política Soc Inst Aragon Ciencias la Salud-I+CS; 2009 Guías Práctica Clínica en el SNS I+CS No 2007/05.
22. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid Plan Calid para el Sist Nac Salud del Minist Sanid y Consum Agència d'Avaluació Tecnol i Recer Mèdiques; 2009 Guía Práctica Clínica AATRM No 2006/05-2. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. No 2006/05-2.;
23. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (versión resumida). Plan Calid para el Sist Nac Salud del Minist Sanidad, Política Soc e Igualdad Agència d'Informació, Avaluació i Qual en Salut Catalunya; 2010 Guías Práctica Clínica en el SNS AIAQS No 2009/07.
24. Simon V. Aprender a practicar Mindful-

- ness. In: Sello Edit. Barcelona; 2011. p. 21–3.
25. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pract*. Wiley Online Library; 2004;11(3):230–41.
  26. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract*. Wiley Online Library; 2003;10(2):144–56.
  27. Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000;65(4):615.
  28. Health NCC for M. The NICE guideline on the treatment of depression. British Psychological Society; 2018.
  29. Lengacher, C. A., Kip, K. E., Barta, M., Post-White, J., Jacobsen, P. B., Groer, M., ... & Loftus L. A pilot study evaluating the effect of mindfulness-based stress reduction on psychological status, physical status, salivary cortisol, and interleukin-6 among advanced-stage cancer patients and their caregivers. *J Holist Nurs*. 2012;30(3):170–85.
  30. Hervás G, Cebolla A, Soler J. Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*. 2016;27(3):115–24.
  31. Chiesa A, Calati R, Serretti A. Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clin Psychol Rev*. Elsevier Ltd; 2011;31(3):449–64.
  32. Applebaum AJ, Panjwani AA, Buda K, O'Toole MS, Hoyt MA, Garcia A, et al. Emotion regulation therapy for cancer caregivers—an open trial of a mechanism-targeted approach to addressing caregiver distress. *Transl Behav Med*. 2018;
  33. Ramos-álvarez MM, Jaén MMMU De. Criteria of the peer review process for publication of experimental and quasi-experimental research in Psychology : A guide for creating research papers. 2008;8(3):751–64.
  34. Jansen JE, Haahr UH, Lyse H, Pedersen MB, Trauelsen AM, Simonsen E. Psychological Flexibility as a Buffer against Caregiver Distress in Families with Psychosis. *Front Psychol*. 2017;8(October):1–7.
  35. Burbach FR. Towards a systemic understanding of family emotional atmosphere and outcome after psychosis. *Psychos Emot*. 2013;132–51.
  36. Nilsen, L., Frich, J. C., Friis, S., Norheim, I., & Røssberg JI. Participants' perceived benefits of family intervention following a first episode of psychosis: a qualitative study. *Early Interv Psychiatry*. 2016;10(2):152–9.
  37. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self identity*. 2003;2(2):85–101.

38. Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., & Romero-Moreno R. Development and validation of the Caregiver Guilt Questionnaire. *Int Psychogeriatrics*. 2010;22(4).
39. Judith G. Gonyea RP& L de SZ. Adult daughters and aging mothers: The role of guilt in the experience of caregiver burden. *Aging Ment Health*. 2008;12(5):559–67.
40. Kabat-Zinn, J., & Chapman-Waldrop A. Compliance with an outpatient stress reduction program: Rates and predictors of program completion. *J Behav Med*. 1988;11(4):333–52.
41. Kuijpers, H. J., Van der Heijden, F. M. M. A., Tuinier, S., & Verhoeven WMA. Meditation-induced psychosis. *Psychopathology*. 2007;40(6):461–4.
42. Didonna, F., & Gonzalez YR. Mindfulness and feelings of emptiness. In: *Clinical handbook of mindfulness*. New York: Springer; 2009. p. 125–51.
43. de Vibe, M., Solhaug, I., Tyssen, R., Friberg, O., Rosenvinge, J. H., Sørli, T., ... & Bjørndal A. Does personality moderate the effects of mindfulness training for medical and psychology students? *Mindfulness (N Y)*. 2015;6(2):281–9.
44. Navarro Bayón D. Cómo Aplicar Intervenciones Basadas en la Evidencia en Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastorno Mental. *Clínica Contemp*. 2011;2(3):229–47.





## FIDMAG informa

### DIEZ AÑOS DE INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL COLABORATIVA EN ENFERMEDADES MENTALES: EL CIBERSAM

*Este artículo resume la trayectoria del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). El CIBERSAM nació con el objetivo principal de favorecer la investigación traslacional colaborativa de excelencia en salud mental entre los grupos de investigación más destacados del país.*

*Investigadores de **FIDMAG Hermanas Hospitalarias** forman parte del CIBERSAM desde su inicio.*

*Estela Salagre, Celso Arango, Francesc Artigas, José Luis Ayuso-Mateos, Miquel Bernardo, Josefina Castro-Fornieles, Julio Bobes, Manuel Desco, Lourdes Fañanás, Ana González-Pinto, Josep María Haro, Juan Carlos Leza, Peter J. McKenna, José Javier Meana, José Manuel Menchón, Juan Antonio Micó, Tomás Palomo, Ángel Pazos, Víctor Pérez, Jerónimo Saiz-Ruiz, Julio Sanjuán, Rafael Tabarés-Seisdedos, Benedicto Crespo-Facorro, Miquel Casas, Elisabet Vilella, Diego Palao, Jose Manuel Olivares, Roberto Rodríguez-Jiménez, Eduard Vieta.*

***Revista de Psiquiátrica y Salud Mental** [IF=2,233], 2018 Nov 8, Editorial [1]*

El CIBERSAM se formó como una iniciativa del Instituto de Salud Carlos III (organismo dependiente del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades) para integrar a los grupos de investigación básica y clínica en psiquiatría y salud mental más destacados del país. En la actualidad está constituido por 24 grupos de investigación y 3 grupos clínicos vinculados (ver Tabla 1) que conjugan a más de 900 investigadores de universidades, organismos públicos de investigación y hospitales públicos y privados. Los grupos se organizan en 6 programas de investigación: Depresión y prevención del suicidio, Esquizofrenia, Trastorno bipolar, Innovación terapéutica, Psiquiatría del niño y del adolescente y Trastornos psicósomáticos, de ansiedad y de control de impulsos.

El CIBERSAM también cuenta con estructuras colaborativas como las plataformas de investigación (Colección de ADN, colección de cerebros, plataforma de Neuroimagen y Biblioteca de instrumentos en Salud Mental) y los programas transversales. El programa de formación organiza el Máster Interuniversitario de Iniciación a la Investigación en Salud Mental y el Foro Internacional en Esquizofrenia. La existencia de estos programas y plataformas ha permitido crear lazos colaborativos cada vez más sólidos entre los grupos que integran el CIBERSAM. Esto se ha traducido en numerosos proyectos multicéntricos nacionales e internacionales de elevada calidad científica. Así, a principios de este año 2018, el CIBERSAM contaba con 11 proyectos nacionales, 6 proyectos europeos y 2 proyectos americanos.

**Tabla 1. Grupos pertenecientes al CIBERSAM.**

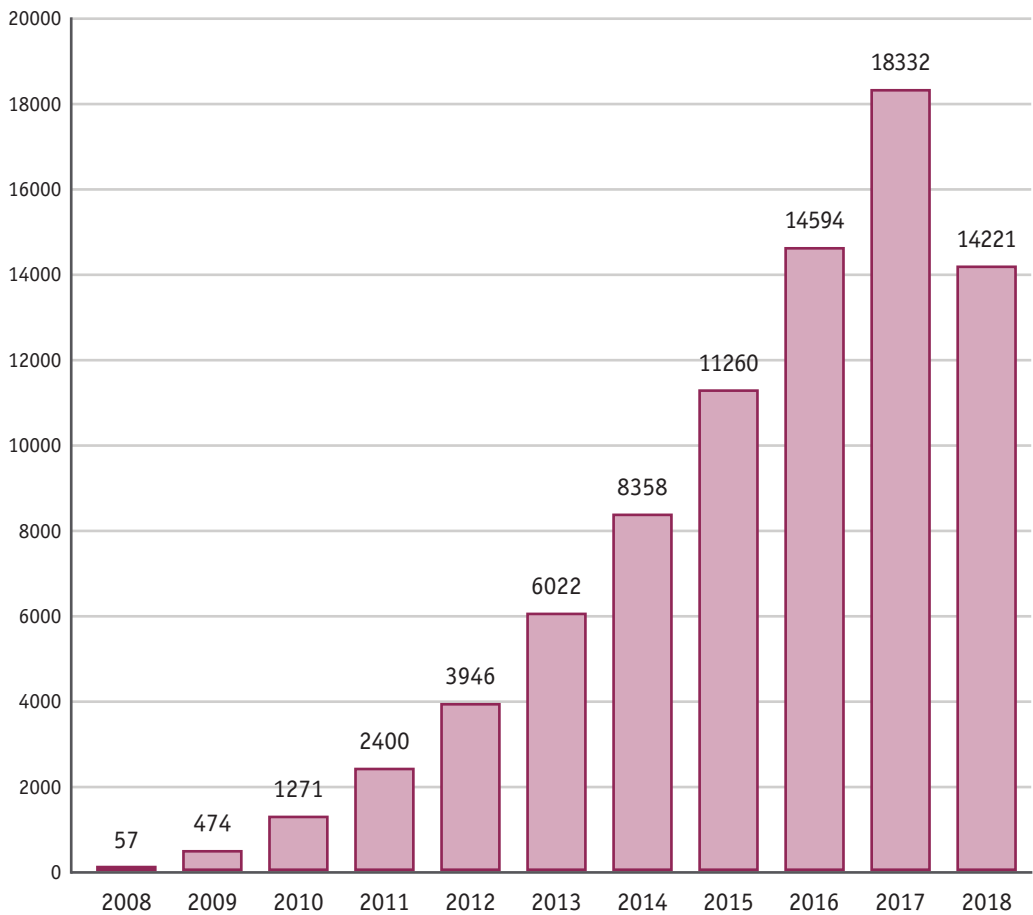
Investigador Principal	Institución	Provincia
Celso Arango	Servicio Madrileño de Salud	Madrid
Francesc Artigas	Agencia Estatal Consejo Superior de Investigaciones Científicas	Barcelona
José Luis Ayuso	Servicio Madrileño de Salud	Madrid
Miguel Bernardo	Hospital Clínico y Provincial de Barcelona	Barcelona
Julío Bobes	Universidad de Oviedo	Asturias
Miguel Casas	Fundación Hospital Universitario Vall d'Hebron - Institut de Recerca (VHIR)	Barcelona
Benedicto Crespo-Facorro	Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla	Cantabria
Manuel Desco	Servicio Madrileño de Salud	Madrid
Lourdes Fañanas	Universidad de Barcelona	Barcelona
Ana González-Pinto	Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias	Álava
Josep M <sup>a</sup> Haro	Fundación para la Investigación y Docencia Sant Joan de Déu	Barcelona
Juan Carlos Leza	Universidad Complutense de Madrid	Madrid
Peter J McKenna	<b>FIDMAG Hermanas Hospitalarias</b>	Barcelona
Javier Meana	Universidad del País Vasco	Vizcaya
José Manuel Menchón	Fundación IDIBELL	Barcelona
Antonio Micó	Universidad de Cádiz	Cádiz
Tomás Palomo	Universidad Complutense de Madrid	Madrid
Ángel Pazos	Universidad de Cantabria	Cantabria
Víctor Pérez	Consorci Mar Parc Salut de Barcelona	Barcelona
Jerónimo Sáiz	Servicio Madrileño de Salud	Madrid
Julio Sanjuán	Universidad de Valencia	Valencia
Rafael Tabarés	Universidad de Valencia	Valencia
Eduard Vieta	Hospital Clínico y Provincial de Barcelona	Barcelona
Elisabet Vilella	Fundación Instituto de Investigación Sanitaria Pere Virgili	Tarragona

Uno de los grandes progresos que ha supuesto el CIBERSAM ha sido la facilitación del trabajo interdisciplinar entre grupos básicos y clínicos, favoreciendo de esta manera la investigación traslacional. A lo largo de estos años los grupos del CIBERSAM han trabajado en proyectos que han permitido ahondar en las bases genéticas, epigenéticas y moleculares involucradas en los trastornos psiquiátricos y han ayudado a definir mejor las alteraciones neuroanatómicas y cognitivas asociadas a algunas enfermedades mentales, dando lugar a interesantes hallazgos en el trastorno depresivo unipolar y bipolar, en el campo de la genética y neuroimagen [2, 3].

Desde sus inicios, el CIBERSAM ha invertido igualmente sus esfuerzos en el descubrimiento de nuevos abordajes diagnósticos. En este campo, el equipo liderado por el Dr. P. McKenna de FIDMAG Hermanas Hospitalarias ha desarrollado un algoritmo diagnóstico, “*machine learning*”, para examinar imágenes de resonancia magnética, que puede ayudar a predecir el diagnóstico de psicosis [4]. Otros proyectos liderados por grupos del CIBERSAM han realizado aportaciones destacables, como la identificación de los mecanismos moleculares implicados en el incremento del riesgo de desarrollar psicosis que se asocia al consumo crónico de cannabis [5], o el uso novedosa de ARN de interferencia para el estudio de la fisiopatología del trastorno depresivo mayor y su evaluación como nueva estrategia terapéutica antidepresiva [6].

Un aspecto fundamental de la cultura del CIBERSAM es la excelencia. Así, todo el trabajo realizado durante estos 10 años por los grupos de investigación ha situado al CIBERSAM como el actor número uno en investigación en salud mental de Europa, con más de 5.000 artículos publicados desde su creación y alrededor de 81.000 citas (fig. 1). Otra muestra de la investigación de excelencia que se realiza en el CIBERSAM es el hecho de que, en 2014, cerca del 42% de su producción científica se publicó en revistas del primer percentil. Los grupos participantes son evaluados de forma anual.

**Figura 1. Número de citas anuales.**



El CIBERSAM es una organización dinámica y cambiante, cuya finalidad es potenciar la investigación gracias a la colaboración de los mejores grupos de investigación del país en cada momento. Para ello, los grupos son evaluados de forma anual. En función de diversos indicadores los grupos quedan posicionados, lo que por su parte condiciona a su vez la financiación que reciben. Aquellos grupos que de forma sostenida no consiguen unos mínimos estándares pueden llegar a ser excluidos del consorcio si no consiguen remontar la situación. Por otra parte, también el ISCIII realiza una convocatoria anual para recibir solicitudes de nuevas incorporaciones, solicitudes que si son evaluadas favorablemente permiten integrarse en el consorcio a un nuevo grupo.

El CIBERSAM ha colaborado en implantar una investigación coste-efectiva también a nivel internacional y desde 2013 lideró la coordinación de la hoja de ruta de la investigación europea a través del proyecto ROAMER, que ha influido en la definición de las líneas prioritarias de financiación en salud mental dentro del programa europeo Horizon 2020. El CIBERSAM es una estructura cada vez más competitiva y con un elevado índice de internacionalización. Por ejemplo, gracias al creciente número de muestras genéticas en la plataforma de ADN -que en 2017 superó las 16.500 muestras-, el CIBERSAM se ha convertido en un atractivo socio para consorcios internacionales de genética en trastornos mentales, como el Psychiatric Genomics Consortium (PGC), el Autism Sequencing Consortium (ASC) o el International Consortium on Lithium Genetics (ConLiGen). Por otra parte, las contribuciones del CIBERSAM y el grupo de trabajo internacional ENIGMA en el campo de la neuroimagen están teniendo una gran repercusión científica. Investigadores de Hermanas Hospitalarias han participado en diversos estudios de neuroimagen en la esquizofrenia y el trastorno bipolar, artículos que han sido publicados en prestigiosas revistas internacionales [7-10]

Una de las tareas pendiente de la investigación en Psiquiatría en general, y del CIBERSAM en particular, es intentar disminuir la distancia entre la investigación y la práctica clínica. Por ello, uno de los principios fundamentales del CIBERSAM es mantener al paciente

en el centro de la investigación en salud mental. Desde siempre se ha estimulado la comunicación fluida entre profesionales de la salud mental y organizaciones de pacientes y familiares a través de jornadas conjuntas, como el Foro Social y los Encuentros CIBERSAM entre Investigadores en Salud Mental, Pacientes y Familiares, o a través de la participación en proyectos colaborativos con asociaciones de pacientes y familiares. Un buen ejemplo es el reciente Proyecto Voz, una encuesta diseñada para detectar necesidades no cubiertas de pacientes y cuidadores.

Son muchos los avances en salud mental que ha supuesto la creación de esta estructura colaborativa que es el CIBERSAM, si bien todavía existen áreas de mejora relacionadas sobre todo con la fluidez de los trámites administrativos, las limitaciones a nivel de contratación y la vulnerabilidad ante los cambios externos de índole política. Afortunadamente, el futuro se plantea todavía más alentador considerando el gran número de proyectos que están desarrollando actualmente tanto los investigadores consolidados de renombre internacional como los miembros de las nuevas generaciones. Nuevas generaciones que, cada año, demuestran su talento en el Laboratorio de Ideas para jóvenes investigadores organizado por el CIBERSAM y que ya va por su VI edición. Sin duda, el CIBERSAM es un ejemplo de lo que profesionales preparados pueden hacer cuando creen en un proyecto común, que es el deseo de contribuir a una mejor salud mental de la población de todas las edades, a través de la investigación traslacional y colaborativa de excelencia.

[www.fidmag.org](http://www.fidmag.org)



## Referencias

- [1] Salagre E, Arango C, Artigas F, Ayuso-Mateos JL, Bernardo M, Castro-Fornieles J, et al. CIBERSAM: Ten years of collaborative translational research in mental disorders. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2018 Nov 8.
- [2] Cordova-Palomera A, Fatjo-Vilas M, Gasto C, Navarro V, Krebs MO, Fananas L. Genome-wide methylation study on depression: differential methylation and variable methylation in monozygotic twins. *Transl Psychiatry.* 2015 Apr 28;5:e557.
- [3] Rodriguez-Cano E, Alonso-Lana S, Sarro S, Fernandez-Corcuera P, Goikolea JM, Vieta E, et al. Differential failure to deactivate the default mode network in unipolar and bipolar depression. *Bipolar Disord.* 2017 Aug;19(5):386-95.
- [4] Salvador R, Radua J, Canales-Rodriguez EJ, Solanes A, Sarro S, Goikolea JM, et al. Evaluation of machine learning algorithms and structural features for optimal MRI-based diagnostic prediction in psychosis. *PLoS One.* 2017;12(4):e0175683.
- [5] Ibarra-Lecue I, Mollinedo-Gajate I, Meana JJ, Callado LF, Diez-Alarcia R, Uriguen L. Chronic cannabis promotes pro-hallucinogenic signaling of 5-HT<sub>2A</sub> receptors through Akt/mTOR pathway. *Neuropsychopharmacology.* 2018 Sep;43(10):2028-35.
- [6] Fullana MN, Ferres-Coy A, Ortega JE, Ruiz-Bronchal E, Paz V, Meana JJ, et al. Selective Knockdown of TASK3 Potassium Channel in Monoamine Neurons: a New Therapeutic Approach for Depression. *Mol Neurobiol.* 2018 Aug 7.
- [7] van Erp TGM, Walton E, Hibar DP, Schmaal L, Jiang W, Glahn DC, et al. Cortical Brain Abnormalities in 4474 Individuals With Schizophrenia and 5098 Control Subjects via the Enhancing Neuro Imaging Genetics Through Meta Analysis (ENIGMA) Consortium. *Biol Psychiatry.* 2018 Nov 1;84(9):644-54.

- [8] Nunes A, Schnack HG, Ching CRK, Agartz I, Akudjedu TN, Alda M, et al. Using structural MRI to identify bipolar disorders - 13 site machine learning study in 3020 individuals from the ENIGMA Bipolar Disorders Working Group. *Mol Psychiatry*. 2018 Aug 31.
  
- [9] Kong XZ, Mathias SR, Guadalupe T, Glahn DC, Franke B, Crivello F, et al. Mapping cortical brain asymmetry in 17,141 healthy individuals worldwide via the ENIGMA Consortium. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2018 May 29;115(22):E5154-E63.
  
- [10] Hibar DP, Westlye LT, Doan NT, Jahanshad N, Cheung JW, Ching CRK, et al. Cortical abnormalities in bipolar disorder: an MRI analysis of 6503 individuals from the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group. *Mol Psychiatry*. 2018 Apr;23(4):932-42.



## COLABORADORES QUE HAN PARTICIPADO EN LA EVALUACIÓN DE MANUSCRITOS DURANTE EL AÑO 2018

---

**Dr. Josep Treserra Torres**

**Dr. Pedro Roy**

**Dr. Francisco Del Olmo**

**Dr. Manuel Sánchez Pérez**

**Lidia Ugas**

**Francisca Jiménez**

**David Juanes**

**José Luis Arroyo**

**Dr. José Antonio Larraz**

**Dra. Edith Pomarol-Clotet**

**Dra. Mercè Madre**





Hermanas  
Hospitalarias

[www.informacionespsiquiatricas.com](http://www.informacionespsiquiatricas.com)  
[www.hospitalarias.es](http://www.hospitalarias.es)

