

[www.amsm.es](http://www.amsm.es)

**AMSM**

Asociación Madrileña de Salud Mental

Dirección C/ Magallanes, 1

Sótano 2 local 4.

Teléfono 636725599

Fax 918473182

correo e. [aen.amsm@gmail.com](mailto:aen.amsm@gmail.com)

web [www.amsm.es](http://www.amsm.es)

# SUMARIO

## EDITORIAL. [pag. 1]

*El año después de 2010-2014.  
Junta de Gobierno de la AMSM.*

*Síntomas en la Red.  
Junta Directiva de la AMSM-AEN.*

## COLABORACIONES [pag. 6]

*Un modelo cognitivo integrador  
de las alucinaciones y delirios. María Alonso.*

*Violencia contra las mujeres en el trabajo.  
Maite Climent y Marisa López.*

*Prevención de trastornos mentales  
en hijos de personas afectadas  
por trastornos mentales graves.  
Mónica B. Contreras y Raquel del Amo.*

*A propósito de la muerte  
de Jorge García Badaracco.  
Ángel Lucas y José Morales.*

## HEMOS LEÍDO... [pag. 27]

*Las puertas abiertas de la cordura,  
de Vicente Molina. Javier Sanz*

*El arte de la Guerra,  
de Sun Tzu. Alejandro Bello*

## PANÓPTICO [pag. 29]

# AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

año **2010**  
OTOÑO

BOLETÍN  
DE LA **A**SOCIACIÓN  
MADRILEÑA  
DE **S**ALUD **M**ENTAL

JUNTA  
DE LA ASOCIACIÓN  
MADRILEÑA  
DE SALUD MENTAL

**AMSM**

**PRESIDENTE**

Pedro Cuadrado Callejo

**VICEPRESIDENTE**

Iván de la Mata Ruiz

**VICEPRESIDENTA**

Agustina Crespo Valencia

**SECRETARIA**

María Alonso Suárez

**TESORERO**

Ángel Luis Lucas Sanz

**VOCAL DE PUBLICACIONES**

Alejandro Bello Gómez

**VOCAL DE WEB Y COMUNICACIÓN**

Juan Manuel Espejo-Saavedra Roca

**VOCALES**

Adolfo Benito Ruiz

José Morales Zamorano

Miguel Donas Hernández

# Editorial

EL AÑO DESPUÉS DE 2010-2014

*Junta de Gobierno de la AMSM.*



Foto: daquela manera

“se está imponiendo un modelo fuertemente jerárquico y autoritario en el que no se discute quién tiene la primera y la última palabra”

El año después de 2010-2014 arranca la víspera de la dimisión del Consejero de Sanidad Juan José Güemes, el 18 de Marzo. Ese día, con temperaturas primaverales y en un salón de actos abarrotado de la Casa de Correos de la Puerta del Sol, la Presidenta de la Comunidad de Madrid, flanqueada por los Consejeros de Sanidad y Familia y Servicios Sociales y por los Directores Generales de Hospitales y Servicios Sociales, presentaba el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Un día después dimitía el Consejero de Sanidad y aunque los planes por él previstos se han ido cumpliendo escrupulosamente, su salida de la Consejería supuso la desaparición de “lo sanitario” de los medios de comunicación y, tras sus presentación, también la desaparición del Plan de Salud Mental 2010-2014, que después de haber sido Plan 2009-2011, en el primer borrador, Plan 2009-2014 en el segundo borrador, puede quedar amortizado a lo largo de este año y quedar convertido en Plan 2010-2010. Después de todo, de lo que se trataba con el nuevo Plan era de incorporar la atención a la salud mental al área única y a la libre elección, y el decreto publicado el 6 de Agosto fija el 15 de octubre para la entrada en vigor del Área Única y el uno de diciembre para la libre elección.

En salud mental, la desaparición de las Área Sanitarias y de sus estructuras organizativas y de gestión se hace efectiva, en un primer momento, con la Orden de la Consejería de Sanidad del 28 de enero de 2010 por la que se reordenan los centros y dispositivos asistenciales de salud mental adscritos al Servicio Madrileño de Salud y se les adscribe a las “Gerencias de Atención Especializada”. Y de una manera más definitiva con la Resolución de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria del 25 de junio, por la que se adscribe esta red de dispositivos a las gerencias de los distintos hospitales. Esto supone, a la espera de la incorporación de los hospitales en cons-

trucción, la creación de 21 Unidades Funcionales Asistenciales, alrededor de otras tantas Gerencias Hospitalarias, con distintos modelos de gestión y provisión de servicios (19 de provisión pública y 2 de provisión privada).

Con la desaparición de las Áreas, las redes de atención se han roto y con ellas las estructuras de gestión participativa (Comisiones de Asistencia) y coordinación entre dispositivos (nadie sabe cómo se incorporará la Red de dispositivos de Rehabilitación al nuevo modelo organizativo, qué será de las Comisiones de Rehabilitación de Área y quién asumirá sus funciones). Sobreviven los Centros de Salud Mental (CSM) al hacerlos depender directamente de las direcciones médicas y no de los jefes de servicio de psiquiatría de los hospitales; pero las tensiones están servidas y cada dirección médica de cada hospital está dando sus propias soluciones. Todos ellos delegan en sus servicios hospitalarios para incorporar a la red ambulatoria, algunos manteniendo una cierta autonomía para los Centros de Salud Mental y otros, como el caso de Coslada, aprovechando la jubilación del Jefe del CSM para poner la red ambulatoria a las órdenes del jefe de sección del hospital ¿Un precedente que adelanta un modelo? Es, por lo tanto, en las negociaciones con las direcciones médicas donde se está jugando el modelo de atención y lo único que se está negociando es quién manda y qué tipo de agenda se va a incorporar al sistema informático.

La toma de decisiones se ha desplazado de una manera absoluta a las direcciones y médicas y en quién éstas deleguen. Se está imponiendo un modelo fuertemente jerárquico y autoritario en el que no se discute quién tiene la primera y la última palabra y en el que el discurso técnico tiene poco peso frente a los criterios de implantación y control de un modelo sanitario que apuesta casi exclusivamente por las herramientas tecnológicas y de imagen pública frente al capital humano, muy desregularizado y con una fuerte pulsión privatizadora. Los instrumentos de participación de los profesionales, su concepción de las cosas y sus opiniones no tienen cabida y ante el disenso la frase habitual de “los directivos” es que si no te gusta que te vayas, si es que no toman la decisión de que te vayas directamente. Cada vez más, si no vistes y piensas como el jefe tienes muchas posibilidades de salir del sistema, como les ha ocurrido a dos compañeros psicólogos que acaban de ser despedidos de la Fundación Manantial. El perfil de los profesionales que se van a incorporar o consolidar plaza en la red pública también está siendo fuertemente controlado y un buen ejemplo de los mismo es la composición del tribunal de psiquiatría de la oposición en curso que ha diseñado la prueba y que va a juzgar a los candidatos. En su conjunto, este tribunal y la prueba propuesta no son representativos ni de la calidad de los profesionales ni de la diversidad de dispositivos y quehaceres de la red de atención a la salud mental.

Es en las negociaciones de las agendas entre los Centros de Salud Mental y las gerencias hospitalarias donde se está jugando el modelo de atención a la salud mental. El modelo de consulta médica, rápida, informatizada y de alta resolución es lo que está en la cabeza de todas las Direcciones Médicas. El modelo de atención de los Centros de Salud Mental siempre ha sido otro y no por capricho de sus profesionales sino por las exigencias de su tarea. La complejidad de los problemas, el abordaje integral y multiprofesional, los componentes subjetivos y la persistencia de los

procesos de los que se hacen cargo exigen un modelo de toma a cargo que precisa de la concurrencia de intervenciones, la utilización de múltiples dispositivos y la necesidad de establecer alianzas con otras agencias de salud. La tecnología y los sistemas informáticos son necesarios para mejorar el trabajo de los profesionales; pero no pueden sustituir a éstos ni a su tiempo para dar respuesta a los problemas que los pacientes presentan. Si de lo que se trata es de calcular el número de pacientes que se pueden ver en una hora, en pleno siglo XXI, la atención a la salud mental retrocederá cincuenta años y volveremos a los neuropsiquiatras de zona.

Esta puede ser la noticia: el año después de 2010-2014, en tiempos de gestión hospitalaria, informatización, libre elección y área única avanzamos sin tregua y a buen ritmo hacía mediados del siglo XX.

## SÍNTOMAS EN LA RED

*Junta Directiva de la AMSM-AEN.*



Foto: daquela manera

## DESPIDOS EN LA FUNDACIÓN MANANTIAL

Aprovechando el calor del verano, la Fundación Manantial empresa concesionaria de Centro de Día de Rivas ha cesado a su director, que ocupaba dicho puesto desde hace tres años. Su papel en la Red de Atención a la Salud Mental del Área 1 ha sido reconocido por usuarios, profesionales y dispositivos que remitían sus pacientes al Centro de Día. Los motivos del cese no parece que estén en el ámbito de lo técnico y las razones dadas por su empresa (“alta rotación en el recurso”) no tienen suficiente peso para una decisión que afecta no solo al Centro de Día sino al funcionamiento de la red y a la confianza de los dispositivos que remiten los pacientes a este Centro de Día y que esperan

de las empresas concesionarias estabilidad y una gestión de personal ligada a la calidad de la atención prestada a sus usuarios. Además, una semana más tarde, la misma empresa cesaba a la psicóloga del Centro de Día de Fuenlabrada, aduciendo como causa de despido que había difundido por correo electrónico una nota de despedida del Director del Centro de Día de Rivas con los motivos de su cese.

Cada vez es mayor la variedad de empresas implicadas en la red de dispositivos concertados que prestan sus servicios en salud mental y cada vez más, en la evaluación de sus profesionales, se incorporan elementos de juicio, valores y actividades al margen de la cualificación técnica y de la filosofía de la red y de los pliegos de condiciones que determinan las adjudicaciones y son estos criterios los que cada vez tienen más peso a la hora de seleccionar al personal, permanecer y promocionar en éstos recursos. Las consecuencias son que la red integrada cada vez es menos red integrada, que la atención que reciben los pacientes cada vez es más aleatoria y discrecional y que los recursos profesionales (su compromiso, dedicación e innovaciones) dejan de estar al servicio de los usuarios y pacientes para estar al servicio de la empresa.

#### EL CSM DE COSLADA SE QUEDA SIN JEFE

Después de 25 años al frente del CSM de Coslada, Rodolfo Hernández Rosell se ha jubilado y con ello el CSM de Coslada se ha quedado sin Jefe. Tendría que ser noticia que una persona le ha dedicado 25 años de su vida a una tarea y que lo hecho se ha incorporado a la misma; pero la noticia es que la Gerencia del Hospital del Henares, con el visto bueno de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y La Dirección General de Hospitales, ha decidido que la tarea de Jefe del CSM de Coslada no era necesaria y no ha nombrado a ningún sustituto para la misma, poniendo el CSM de Coslada a las órdenes del Jefe de Sección de Psiquiatría del Hospital del Henares. ¿Son los Jefes de los CSM un puesto a extinguir? Por lo que ha ocurrido en Coslada, la respuesta es sí. ¿Son los Servicios de Salud Mental de Distrito o Centros de Salud Mental un dispositivo a extinguir? El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 le dedica, entre unas cosas y otras, más de 50 páginas a los CSM y no llega a la décima parte lo que le dedica a los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales; pero lo que ha ocurrido en Coslada pone de manifiesto dónde se toman las decisiones y cuál es el verdadero modelo de atención a la salud mental que tiene la Dirección General de Hospitales y esta Consejería de Sanidad, modelo que no parece que esté recogido en el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014.

#### SE DESMANTELA LA CASA DE TRANSICIÓN / ARCO

La Casa de Transición se abre en 1988 como un elemento clave del proceso de Reforma Psiquiátrica y dentro de la búsqueda de alternativas a la hospitalización psiquiátrica. Dependiente del SERMAS, nació como un dispositivo residencial abierto, lejos de las redes hospitalarias y con un fuerte predominio de profesionales e intervenciones psicosociales y ligado estrechamente a la red de salud mental al seguir dependiendo las intervenciones psicofarmacológicas y psicoterapéuticas de los profesionales ubicados en los Servicios de Salud Mental de Distrito. El objetivo era crear una estructura residencial terapéutica que ubicada dentro de la comunidad, permitiese intervenir de una manera intensiva y prolongada sobre hábitos, formas de funcionamiento y estilos de resolución de problemas de personas con trastornos mentales graves en los que sus medios familiares y sociales habituales jugaban un papel importante en la evolución de sus enfermedades y eran un obstáculo para su recuperación.

A partir de 1996 se redefinen sus objetivos, haciendo más hincapié en lo residencial, y pasa a denominarse Alternativa Residencial Comunitaria (ARCo) y a competir con otros dispositivos residenciales, de los que había sido modelo, provenientes del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica de la Dirección General de Servicios Sociales. Es también por estas fechas cuando se produce un viraje en la política sanitaria madrileña, con un desplazamiento de la atención a la rehabilitación de la enfermedad mental hacia los Servicios Sociales y la implantación de modelos de gestión con predominio de la privatización de la provisión de servicios, que se ha agudizado mucho más en la última legislatura, y que han hecho que ARCo no encaje para nada en la política sanitaria de estos tiempos. Estos son los motivos que la propia circular de la Oficina Regional de Salud Mental aduce para su cierre: que ARCo es un dispositivo residencial para enfermos mentales y que de eso se encarga la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y que ya existe una red de residencias dependiente de esa consejería que cubre esta necesidad.

Con el cierre de ARCo no se pierden 13 plazas residenciales, se pierde todo un modelo de atención a los Trastornos Mentales Graves, con un concepto de recuperación y rehabilitación más integrador, donde lo agudo y lo crónico, lo sintomático y lo vivencial y psicosocial no están escindidos y donde las redes de atención a unos problemas y otros son de provisión pública y están en el mismo plano.

# colab( )raciones

UN MODELO COGNITIVO INTEGRADOR DE LAS ALUCINACIONES Y DELIRIOS. REVISIÓN DE LOS TRABAJOS DE A.P. MORRISON A PROPÓSITO DE SU PARTICIPACIÓN EN LAS XVIII JORNADAS DE LA AMSM.

*María Alonso Suárez  
Hospital de Día de Ciudad Real.*



Foto: daquela manera

Durante las XVIII Jornadas de la AMSM, celebradas el 28 y 29 de octubre de 2010, Anthony P. Morrison participa como conferenciante. El Dr. Morrison es profesor de Psicología Clínica en la Universidad de Manchester y ejerce como clínico en los Servicios de Salud Mental de Salford (Reino Unido), también es coordinador de un programa de formación clínica especializada para la atención de personas que han padecido su primer episodio psicótico en Salford y Trafford. Ha publicado numerosos artículos y libros sobre terapia cognitivo para la psicosis, así como estudios experimentales sobre procesos cognitivos en la psicosis. Ha estado involucrado en diversos ensayos clínicos de terapia cognitiva para la psicosis y tiene especial interés en la teoría y la terapia cognitiva de alucinaciones auditivas. Sus estudios se centran en la aplicación de los principios psicológicos a la explicación y tratamiento de los trastornos psicóticos, con énfasis en el papel de los procesos psicológicos normales para “explicar lo inexplicable”. Sus intereses principales son la teoría y terapia cognitiva aplicada a la psicosis, la intervención temprana y la prevención de la psicosis, los factores cognitivos en el trastorno bipolar, los modelos de desarrollo para comprender la psicosis (principalmente la relación entre experiencias tempranas, trauma y psicosis), y fomentar investigación centrada en el usuario. Actualmente trabaja en un proyecto de investigación sobre la efectividad de la terapia cognitiva para prevenir un primer brote psicótico en personas de alto riesgo, en colaboración con investigadores de la Universidad de Manchester como Richard Bentall.

Morrison (1998a) ha aplicado a la comprensión de la psicosis explicaciones similares a los actuales modelos sobre el origen y mantenimiento de los trastornos de ansie-

dad (por ejemplo: Clark (1986), modelo cognitivo del pánico; Warwick y Salkovskis (1990)<sup>3</sup>, modelo cognitivo de la hipochondría; Salkovskis (1985) o Rachman (1997), modelo cognitivo del trastorno obsesivo compulsivo). En síntesis, estos modelos plantean que en los trastornos de ansiedad están implicadas interpretaciones erróneas de fenómenos intrusivos normales, y que estas interpretaciones se mantienen por conductas de seguridad (incluyendo atención selectiva), dirigidas a reducir la probabilidad de que ocurra el resultado temido.

En su explicación de los síntomas psicóticos, sugiere que un desencadenante externo o interno da como resultado una intrusión normal en la conciencia que la persona malinterpreta como una amenaza a su integridad física o psicológica. Interpretaciones de intrusiones normales que se considerarán psicóticas son, por ejemplo: la interpretación de pensamientos intrusivos normales como inserción de pensamiento; la interpretación de impulsos intrusivos como evidencia de control por otros del propio cuerpo; la interpretación de una alucinación normal como una evidencia de que el diablo quiere que haga daño a alguien; la interpretación de que se mencione el nombre propio en la TV como evidencia de que los medios se comunican contigo directamente; o la interpretación del movimiento de una cámara de vigilancia como evidencia de que me están siguiendo. Las interpretaciones que realiza cada persona están determinadas por una combinación de sus experiencias, creencias y conocimiento. Por ejemplo, serán más frecuentes interpretaciones de persecución en personas que hayan sufrido racismo o acoso escolar, y que tienen creencias de desconfianza en las personas y las instituciones. Estas interpretaciones 'psicóticas' se mantendrían por conductas de búsqueda de seguridad (incluyendo hipervigilancia, atención selectiva), estrategias de procesamiento, déficits en autoconocimiento y conocimiento social (incluyendo metacognición), por el estado de ánimo y la fisiología.

La diferencia principal con los modelos explicativos de los trastornos de ansiedad sería la ausencia de aceptación cultural de la interpretación. Así, la interpretación de palpitations como control externo del cuerpo será clasificado como delirante, mientras que la interpretación de que va a sufrirse un infarto será clasificada como un ataque de pánico; o la interpretación de un pensamiento blasfemo intrusivo interpretada como que algo ocurrirá si no se hace algo para neutrali-

zarlo se clasificará como un trastorno obsesivo, mientras que si se interpreta que el diablo introduce esos pensamiento en la cabeza será clasificado como psicótico.

“las interpretaciones que realiza cada persona están determinadas por una combinación de sus experiencias, creencias y conocimiento”

Los elementos principales del modelo son: 1) intrusión en la conciencia (cognitiva, estado corporal, emocional o información externa); 2) interpretación de la intrusión culturalmente inaceptable; 3) experiencia; 4) déficits en el conocimiento de sí mismo y en el conocimiento social (creencias declarativas y procedimentales); 5) creencias procedimentales y errores en el procesamiento de la información; 6) intentos de control y conductas de seguridad (incluyendo atención selectiva y estrategias de control del pensamiento); y 7) estado de ánimo y fisiología.

En un trabajo publicado en el año 2001, en el que se basa principalmente esta revisión, Morrison revisa la evidencia disponible para cada uno de elementos, citando los estudios de equipos de investigación liderados por autores como Slade & Bentall, Chadwick & Birchwood, Fowler, Garety, Kindon & Turkington, Frith, y Wells, entre otros. El propio Morrison ha publicado resultados de investigaciones que aportan evidencias al modelo cognitivo integrador que propone.

**1. Intrusiones en la conciencia.** En su formulación, Morrison conceptualiza las alucinaciones como un fenómeno que puede ser una respuesta normal ante ciertos desencadenantes, de igual modo que las sensaciones corporales en el trastorno de pánico. Plantea que es posible entender las alucinaciones como un fenómeno normal y revisa la evidencia disponible. Por otra parte, plantea que intrusiones en la conciencia como pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos están implicados en el desarrollo de síntomas psicóticos como voces, inserción de pensamiento, difusión del pensamiento y fenómenos de pasividad. Sugiere, reconociendo las diferencias fenomenológicas, que las alucinaciones pueden ser conceptualizadas co-

1) Se basa en la conceptualización de intrusión de autores como Rachman o Wells & Matthews.

mo otra intrusión en la conciencia. Se apoya en otros desarrollos teóricos sobre la psicosis que son compatibles con esta formulación como los de Hoffman, Hemsley, Maher, Fowler, Chadwick, entre otros. Aporta datos de estudios propios en los encuentra que los pacientes con alucinaciones auditivas experimentan sus propios pensamientos como menos deseados y controlables que los grupos control (Baker & Morrison, 1998), que los pacientes con esquizofrenia que tienen alucinaciones auditivas experimentan más pensamientos intrusivos y les resultan más estresantes, incontrolables e inaceptables que los grupos control (Morrison & Baker, 2000).

“Morrison parte de que es la interpretación de un fenómeno intrusivo lo que puede estar implicado en el desarrollo de un trastorno, y que el tipo de interpretación es lo que distingue a unos grupos diagnósticos de otros”

**2. Interpretación de las intrusiones.** Morrison parte de que es la interpretación de un fenómeno intrusivo lo que puede estar implicado en el desarrollo de un trastorno, y que el tipo de interpretación es lo que distingue a unos grupos diagnósticos de otros. Citando a Kingdon y Turkington (1993) recuerda la importancia del significado que se le da a las alucinaciones: no es lo mismo decirse a sí mismo “el demonio me está hablando”, que decirse “debo estar volviéndome loco”, o decirse “que sensación más extraña, debo estar muy cansado”. Morrison & Baker (2000) hallaron que las interpretaciones de sus voces estaban asociadas a medidas de malestar psíquico asociadas a éstas, y que estas interpretaciones predecían este malestar mejor que la frecuencia de las voces. En otro estudio (Morrison, Nothard *et al*, 2004) encontraron que la personas con psicosis que experimentan voces tienen más creencias negativas (creencias metafísicas y sobre su incontrolabilidad) sobre las voces que lo sujetos sin voces, y que estas creencias estaban asociados con dimensiones emocionales de las alucinaciones auditivas (aunque en la respuesta emocional a las voces también influyen otras características como la frecuencia, la duración, el volumen). En otro trabajo, Morrison, Beck *et al*

(2002) encuentran que el 74,3 % de los paciente que escuchan voces, referían experimentar imágenes, la mayor parte recurrentes y asociadas con emociones, creencias y recuerdos, e incluyendo imágenes de catástrofes temidas, memorias traumáticas y sobre la fuente atribuida a las voces o su contenido. Realizan este trabajo bajo la hipótesis de que, al igual que en los trastornos afectivos, las evaluaciones mediante imágenes juegan un papel en el mantenimiento de alucinaciones y delirios. Estos trabajos apoyan su hipótesis de que la respuesta a las voces está cognitivamente mediada, y también de que las experiencias traumáticas juegan un papel en el desarrollo de la psicosis, como a continuación se expone.

**3. Experiencia.** Con frecuencia aparece una asociación entre las experiencias traumáticas o estresantes que ha vivido la persona, y el contenido de los delirios y las voces. Morrison plantea que es indiscutible que experiencias previas (experiencias traumáticas más particularmente) están implicadas en el desarrollo de la psicosis, y que estas experiencias influirán en la formación de creencias, que a su vez afectarán al modo en que la persona interprete las intrusiones en la conciencia. Además, es posible que cierto tipo de experiencias (deprivación de sueño, uso de drogas, maltrato y traumas infantiles) incrementen la probabilidad de experimentar cierto tipo de intrusiones o estímulos ambiguos. En una muestra de 60 pacientes ingresados en una unidad de agudos por psicosis (Frame & Morrison, 2001), el 50% presentaba síntomas clínicamente significativos de síndrome de estrés postraumático, y la propia experiencia de la psicosis aparecía como responsable del 52% de la varianza de estos síntomas frente a otros traumas o a la experiencia de la hospitalización. En una revisión de la relación entre trauma y psicosis (Morrison, Frame y Larkin, 2003), plantean un modelo integrador de las diferentes vías en que pueden relacionarse: experiencias psicóticas como causantes de síndrome de estrés postraumático (tanto el impacto de los síntomas como el de la experiencia de los tratamientos e ingresos hospitalarios), trauma como causante de psicosis, y psicosis y síndrome de estrés postraumático como parte del espectro de respuestas ante un trauma. En 2007 (Campbell y Morrison, 2007) publica un trabajo en el que investiga las relación entre las experiencias de acoso escolar (bullying), creencias, y experiencias psicóticas. Un grupo de 373 niños entre 14 y 16 años fue evaluado (cuestionarios autoadministrados) en variables acerca de experiencias de acoso escolar, predisposición a alucinaciones, paranoia y disociación, y creencias sobre sí mismo, el mundo y sobre la paranoia. Encontraron una asociación entre haber experimentado acoso escolar y la predisposición a experimentar fenómenos psicóticos. También las creencias ne-

gativas post-trauma y las creencias positivas sobre la paranoia estaban asociadas a mayor predisposición a la psicosis. En cualquier caso, los autores se plantean si no es posible que estos resultados muestren en realidad que experimentar fenómenos del tipo de la psicosis lleve a percibir al alumno el entorno como hostil y lleno de rechazo.

**4. Conocimiento social y de sí mismo (incluyendo metacognición).** Morrison parte de la conceptualización cognitiva de Wells & Matthews (1994) para los trastornos de ansiedad, para revisar la evidencia disponible en torno a su aplicación en la psicosis. Esta conceptualización plantea que es la evaluación y respuesta a los propios procesos cognitivos, en oposición al contenido de sus cogniciones, lo que distingue a las personas con trastornos psicológicos de las muestras no-clínicas. Plantean que la vulnerabilidad a trastornos psicológicos está asociada a un síndrome cognitivo-atencional caracterizado por: elevada atención al sí mismo, atención sesgada, procesos rumiativos y activación de creencias disfuncionales. Estarían implicadas creencias metacognitivas sobre los procesos de pensamiento (“tengo mala memoria”), las ventajas e inconvenientes de distintos tipos de pensamiento (“mis preocupaciones podrían volverse loco”), y creencias sobre el contenido de los pensamientos (“es malo pensar en la muerte”). Morrison, Haddock & Tarrier (1995) aplican estas ideas a la psicosis y sugieren que las alucinaciones auditivas se experimentarán cuando pensamientos intrusivos son atribuidos a una fuente externa, con el objetivo de reducir la disonancia cognitiva (causada por la incompatibilidad entre cierto pensamiento intrusivo y creencias metacognitivas, particularmente, creencias sobre incontrolabilidad). En un trabajo de 2003 (Morrison y Wells, 2003) comparan las metacogniciones de pacientes con alucinaciones, delirios, trastorno de pánico y grupo control no-clínico. Encuentran que los pacientes con alucinaciones auditivas tienden a mostrar niveles más altos de creencias metacognitivas disfuncionales: creencias positivas sobre preocuparse, creencias negativas sobre la incontrolabilidad y el peligro, confianza cognitiva y creencias negativas incluyendo supersticiones, castigo y responsabilidad. Encontraron que estas creencias eran similares en pacientes con delirios y pacientes con trastorno de pánico, sugiriendo un posible factor de vulnerabilidad común a trastornos psíquicos. También plantea que en el mantenimiento de las alucinaciones, las creencias acerca de éstas juegan un papel importante. En la formulación de su modelo (Morrison, 2001), Morrison cita otras aproximaciones teóricas y trabajos experimentales compatibles con la idea de que las creencias sobre los propios procesos de pensamiento, así como sobre el sí mismo y los otros, juegan un papel en la psicosis: la propuesta del grupo de Bentall del

pensamiento paranoide con la función de proteger la autoestima de las discrepancias entre el self ideal/ actual a través de atribuciones externas de los sucesos negativos; los estudios del grupo de Frith que muestran los déficits en la habilidad para representar los estados mentales de los otros, los déficits en la habilidad para representar las propias intenciones a la acción asociados a delirios de control, y los déficits para interpretar las intenciones detrás del lenguaje indirecto. En cualquier caso, cita un trabajo del grupo de Birchwood según el cual estos serían déficits de estado y no de rasgo.

**5. Estrategias de procesamiento y errores en el procesamiento de la información.** Ya se ha expuesto cómo aspectos del procesamiento de la información influyen en la psicosis. Morrison (2001) revisa los trabajos del grupo de Bentall que aportan evidencias de variables relacionadas con los sesgos atencionales o atención selectiva a material amenazante o relacionado con el delirio. Este grupo, y también el de Garety, ha estudiado la influencia de los procesos de razonamiento: el uso de estrategias de confirmación para el material que concuerda con el delirio; la ya mencionada atribución externa para los sucesos negativos como defensa de la autoestima; la excesiva confianza en sus juicios ante decisiones, el salto a las conclusiones en las decisiones; la influencia en la formación de delirios de la tendencia normal (ante cualquier creencia) a estrategias confirmatorias de resultados positivos y desconfirmatorias de los sucesos negativos. Otro elemento en el que también se ha investigado por su relación con los delirios de persecución es la elevada autoconciencia (atención selectiva hacia sí mismo, tendencia a percibirse a sí mismo como el centro, la diana. Morrison y Haddock (1997) mostraron que los pacientes que experimentan alucinaciones auditivas tienen mayores niveles de autoconciencia que otros pacientes psiquiátricos y población no-clínica. En un trabajo experimental posterior (Ensum & Morrison, 2003) los resultados sugieren que reducir el foco de la atención hacia el sí mismo disminuye los sesgos de atribución externa. Así, la manipulación del foco de atención llevó a un efecto significativo en la tarea de atribución externa/interna. En otro trabajo en el que comparan personas con alta vulnerabilidad a la psicosis con no-pacientes (Morrison, French *et al.*, 2006), los primeros obtuvieron puntuaciones más elevadas en medidas de vulnerabilidad cognitiva (creencias metacognitivas negativas, creencias sobre el rechazo y la crítica de otros, discrepancias en la percepción del sí mismo, rasgos esquizotípicos y estrés psíquico general). Análisis correlacionales revelaron que las creencias metacognitivas negativas y las actitudes disfuncionales hacia el rechazo y la crítica de los demás estaban asociadas positivamente a varias dimensiones de sintomatología en los pacientes de alto riesgo a la psicosis.

**6. Intentos de control y conductas de seguridad.** Morrison (1998b) sugiere que del mismo modo que los pacientes con ansiedad realizan conductas para prevenir alguna catástrofe temida, aquellos con creencias delirantes estresantes intentan prevenir las consecuencias negativas incluidas en sus delirios. Así conductas de seguridad como esconderse para que no te secuestren, mantiene la creencia delirante al evitar prevenir la exposición a situaciones que la desconfirmarían. De igual modo (Morrison, 1998a), conductas dirigidas a neutralizar las consecuencias para la integridad de uno mismo atribuidas a las alucinaciones auditivas, pueden contribuir a su mantenimiento (gritar a las voces, beber alcohol) o incluso a incrementarlas directamente (ver la televisión). Otros intentos de control contraproducentes son las estrategias de control del pensamiento. Comparados con personas sin predisposición a las alucinaciones, las personas con esquizofrenia utilizaban distintas estrategias para tratar de controlar pensamientos no deseados (más autocastigo y preocupación, y menos estrategias distractoras) (Morrison & Wells, 2000).

**7. Estado de ánimo y fisiología.** Por último, Morrison (2001) revisa las evidencias que sugieren que el estado emocional (ira, ansiedad) y la activación psicofisiológica están asociadas tanto al inicio de episodios alucinatorios como a la formación de creencias delirantes y su mantenimiento. El estado de ánimo afecta a la interpretación de las intrusiones en la conciencia. Plantea que este modelo es compatible con los hallazgos biológicos en la psicosis (estructurales, químicos, genéticos), que podrían llevar a un incremento de intrusiones o experiencias anómalas.

De este modelo cognitivo integrador para las alucinaciones y delirios se derivan diversas implicaciones para la clínica (Morrison, 2001) que se enuncian brevemente a continuación: 1) un esquema para la formulación de casos; 2) posibilidad de aplicar a la psicosis los desarrollos clínicos para los trastornos de ansiedad; 3) importancia de informar a las personas de que sus dificultades son comprensibles (no “locuras”), proveer un explicación alternativa (vía formulación individual siguiendo el modelo), y adoptar una actitud colaboradora-científica con el paciente; 4) identificación y modificación de las conductas de seguridad e intentos de control contraproducentes; 5) reconocimiento de papel de las experiencias vitales y traumáticas en la formación de la manera de interpretar la realidad; 6) mejorar el conocimiento social y del sí mismo (psicoeducación, ‘encuestas’ a otras personas, etc.); 7) identificación y cuestionamiento de creencias procedimentales y creencias positivas sobre los síntomas; 8) apoyo para el desarrollo de conductas

alternativas (por ejemplo, socialización) que ayuden a conseguir “beneficios” atribuidos a los síntomas (por ejemplo, “ser especial”); 9) estrategias de tratamiento dirigidas a los procesos atencionales y a las creencias que dirigen la atención como las empleadas en los trastornos de ansiedad (attention retraining, metacognitive profiling, y enseñar detached mindfulness); 11) intervenciones educativas que enfatizen el enfoque normalizador podrían aplicarse a personas identificadas como vulnerables al desarrollo de la psicosis con fines preventivos (por ejemplo, aportando información que prevenga de interpretaciones catastrofistas de intrusiones). French, Morrison *et al* (2003) han publicado una serie de casos en los que, utilizando este modelo cognitivo en la formulación, intervienen con el objetivo de prevenir la transición a la psicosis en personas altamente vulnerables. Más recientemente (Morrison, 2009) ha publicado una revisión de la evidencia disponible para la intervención cognitivo conductual en personas de alto riesgo o en un primer episodio psicótico. También ha publicado un estudio de caso (Morrison, 2005) donde trabaja desde el modelo expuesto en esta revisión. Por otra parte, ha publicado los resultados de un estudio Delphi acerca de los componentes de las terapia cognitivo conductual para la psicosis, proporcionando una herramienta que facilita la fidelidad a este tipo de intervención partiendo del consenso de expertos (Morrison & Barratt, 2010).

## REFERENCIAS

- Baker, C., & Morrison, A. P. (1998). Metacognition, intrusive thoughts and auditory hallucinations. *Psychological Medicine*, 28, 1199-1208.
- Campbell, M.L.C., & Morrison, A.P. (2007). The relationship between bullying and psychotic-like experiences and appraisals in 14-16 years olds. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1579-1591.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Ensum, I. & Morrison, A.P. (2003). The effects of focus of attention on attributional bias in patients experiencing auditory hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 895-907.
- Frame, L., & Morrison, A. P. (2001). Causes of PTSD in psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 58, 305-306.
- French, P., Morrison, A.P., Waldford, L., Knight, A., Bentall, R.P. (2003). Cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high risk individuals: a case series. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 31, 53-67.

- Kingdon, D. G. & Turkington, D. (1993). *Cognitive behavioural therapy of schizophrenia*. New York: Guilford.
- Morrison, A. P. (1998a). A cognitive analysis of auditory hallucinations: are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 289-302.
- Morrison, A.P. (1998b). Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms. In N. Tarrier, A. Wells & G. Haddock (Eds.), *Treating complex cases: A cognitive behaviour therapy approach*. Chichester: Wiley.
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to psychotic symptoms. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Morrison, A.P (2005). A normalizing approach to cognitive therapy for intrusive obsessional and psychotic phenomena: The case of Sam. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 4, 384-389.
- Morrison, A.P. (2009). Cognitive behaviour therapy for first episode psychosis: Good for nothing or fitpurpose?. *Psychosis*, 99999:1.
- Morrison, A.P. & Baker, C. (2000). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a comparative study of intrusions in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1097-1106.
- Morrison, A.P. & Barratt, S. (2010). What are the components of CBT for Psychosis? A Delphi Study. *Schizophrenia Bulletin*, 2010, 36, 1, 136-142.
- Morrison, A.P., Beck, A.T, Glentworth, D., Dunn, H., Reid, G.S., Larkin, W., & Williams, S. Imagery and psychotic symptoms: a preliminary investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1053-1062.
- Morrison, A.P., Frame, L., Larkin, W. (2003) Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 331-353.
- Morrison, A.P., French, P., Lewis, S.W., Roberts, M., Raja, S., Neil, S.T., Parker, S., Green, J. Kilcommons, A., Waldford, L., Bentall, R.P. (2006). Psychological factors in people at ultra-high risk of psychosis: comparisons with non-patients and associations with symptoms. *Psychological Medicine*, 36, 10, 1395-1404.
- Morrison, A. P., & Haddock, G. (1997). Self-focused attention in schizophrenic patients and normal subjects: a comparative study. *Personality and Individual Differences*, 6, 937-941.
- Morrison, A. P., Haddock, G., & Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 265-280.
- Morrison, A.P., Nothard, S., Bowe, S.E., & Wells, A. (2004). Interpretations of voices in patients with hallucinations and non-patients controls: a comparison and predictors of distress in patients. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1315-1323.
- Morrison, A.P. & Wells, A. (2000). Thought control strategies in schizophrenia: a comparison with non-patients. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1205-1209.
- Morrison, A.P. & Wells, A. (2003) A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 251-256.
- Rachman, S.J. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Warwick, H.M., & Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 105-117
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: a clinical perspective*. Hillsdale, NJ:

**VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN EL TRABAJO...  
¡HABLEMOS DE ELLO!  
LA REPERCUSIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL DE LA VIOLENCIA  
Y EL ACOSO CONTRA LAS MUJERES EN EL TRABAJO**

***Maite Climent***

*Psiquiatra CSM Leganés.*

***Marisa López***

*Psicóloga clínica CSM Hortaleza.*



Foto: daquella manera

Dentro del Programa Daphne 2007-2013 de la Comisión Europea (para prevenir y combatir la violencia contra los niños, jóvenes y mujeres y proteger a las víctimas y los grupos de riesgo) y dirigido por Mental Health Europe, en colaboración con las varias asociaciones europeas relacionadas con el ámbito de la Salud Mental, entre las que se encuentra la AEN, se está desarrollado un trabajo de dos años de duración, para concienciar a los Estados Miembro de la Unión Europea sobre el problema de la violencia y el acoso hacia la mujer en el medio laboral.

La metodología utilizada ha sido diversa. Durante 2009, se obtuvo información a través de revisiones bibliográficas, entrevistas personales con afectadas, ONGs, sindicatos, profesionales sanitarios, servicios sociales, asociaciones de mujeres, Ministerio de Igualdad, Instituto de la Mujer, empresarios, la realización de grupos terapéuticos y focales, así como la recogida de buenas prácticas. Con estos datos, se ha elaborado un documento sobre el estado de la cuestión en cada uno de los países colaboradores, un informe que se enviará a la Comisión Europea y varios documentos de difusión, disponibles en las páginas web de la AEN y de MHE ([www.aen.es](http://www.aen.es) y [www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org), respectivamente). Está previsto que se publique online un listado de buenas prácticas en la empresa.

Durante el segundo año se está procediendo a la difusión del proyecto a nivel nacional, utilizando todos los canales disponibles. El proyecto finalizará en diciembre de es-

te año, con la presentación de los resultados definitivos a la Comisión Europea, así como a través de una rueda de prensa en Bruselas.

## RESUMEN DEL PROYECTO

Las investigaciones internacionales han mostrado que entre el 40 y el 90% de las mujeres sufren violencia y acoso durante el curso de sus vidas laborales [Organización Internacional del Trabajo. 2008. “Introducción a la Violencia en el Trabajo”]. La violencia y el acoso en el medio laboral tienen efectos inmediatos en las mujeres, incluyendo falta de motivación, pérdida de confianza y autoestima baja, depresión, ira, ansiedad e irritabilidad. De la misma manera que con el estrés, estos síntomas favorecen el desarrollo de enfermedades físicas, trastornos mentales e incremento de conductas de riesgo, como el tabaquismo, el abuso de alcohol y de otras drogas. Pueden tener como consecuencia accidentes laborales, invalidez e incluso suicidio [Organización Mundial de la Salud. 2000. “Violencia contra las mujeres”].

“entre el 40 y el 90% de las mujeres  
sufren violencia y acoso durante el curso  
de sus vidas laborales”

Para aumentar la conciencia acerca de la repercusión negativa sobre la salud mental de la violencia y el acoso contra la mujer en el ámbito laboral, los objetivos del proyecto son llevar a cabo una campaña de sensibilización focalizada, así como recoger las mejores prácticas para prevenir los problemas de salud mental resultantes de esta violencia. La idea es incrementar la conciencia y visibilizar un problema “escondido”, promover actitudes de tolerancia cero y de esta forma, prevenir este tipo de violencia, así como los problemas en la salud mental derivados de esta situación.

## OBJETIVOS

El objetivo general del proyecto es contribuir a la protección de las mujeres contra todas las formas de violencia en el trabajo, promoviendo la salud y el bienestar mental, previniendo los problemas de salud a través de la aplicación de una campaña de

sensibilización. El proyecto contribuirá al desarrollo de políticas comunitarias en el campo de la salud pública, el empleo y los derechos humanos, tratando de estimular un debate serio a nivel nacional y de la Unión Europea sobre el establecimiento de medidas concretas y legislativas en todos los Estados Miembro, con la idea de identificar, prevenir y manejar los problemas de acoso y violencia contra la mujer en el trabajo.

El objetivo específico del proyecto es contribuir a la prevención de la violencia contra la mujer en el trabajo en todas sus formas y fomentar actitudes y conductas de tolerancia cero con la violencia. Con este fin, el proyecto reunirá y apoyará la cooperación entre las ONG activas en el campo de la salud mental y aquellas que trabajan con mujeres, con los sindicatos nacionales y organizaciones de empresarios, así como con los centros de trabajo, de salud y los servicios sociales. El proyecto va a desarrollar una campaña de sensibilización dirigida a las principales partes interesadas, con miras a mejorar la comprensión de los impactos nocivos en la salud mental de la violencia y el acoso contra las mujeres en el trabajo. La identificación, recolección y difusión de las buenas prácticas, contribuirá a la promoción de la salud mental de la mujer, el bienestar y la prevención de problemas de salud mental consecuentes.

Los principales beneficiarios del proyectos son las mujeres trabajadoras, siendo los grupos diana los trabajadores en general, los sindicatos, las organizaciones de empresarios, las ONGs, los servicios sanitarios y sociales, así como los centros de trabajo.

## ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

Entre el 40 y el 50 por ciento de las mujeres de la Unión Europea informa algún tipo de acoso en el trabajo. La violencia contra las mujeres es frecuente en los estados miembro, en todos los países, y es una barrera fundamental para conseguir la igualdad de género y una clara manifestación de la actual relación desigual de poder entre hombres y mujeres.

Sin embargo, la violencia y el acoso son conceptos problemáticos. De acuerdo con la OMS, los esfuerzos para recoger datos que midan el alcance y la magnitud de la experiencia de la violencia y el acoso contra la mujer en el trabajo, se ven dificultados por una serie de factores, entre los cuales se encuentran: a) la influencia de las normas socioculturales a la hora de determinar lo que constituye violencia, impidiendo un consenso universal en la definición de violencia contra la mujer; y b) cambios en las tasas de acoso en función de la definición de violencia usa-

da, la forma en que se formulan las preguntas, el tipo de población diana y el contexto de la entrevista (privacidad, familiaridad del ambiente, etc.).

En el actual mercado de trabajo, que es cada vez más global y competitivo, los factores asociados a la violencia están aumentando en frecuencia. Las filosofías de mercado han cambiado las relaciones de poder, dañando profundamente las relaciones entre los superiores y sus subordinados. Así, las organizaciones públicas y privadas que operan en un ambiente externo dinámico, han respondido con grandes y rápidos cambios en la producción, y concomitantemente, con cambios de fondo en las estructuras internas. Uno a uno, estos cambios han desestabilizado las formas de administración y la organización laboral.

En los últimos años, las inspecciones nacionales de trabajo, han mostrado una incidencia creciente en los problemas de salud relacionados con el trabajo, los cuales se desarrollan cada vez más a instancias de causas psicológicas que físicas. La violencia psicológica puede incluir diferentes formas de violencia, donde se incluyen el acoso moral y sexual.

En el caso del acoso sexual, las trabajadoras informan de casos de abuso tres veces más que los trabajadores. Existen varias razones para esta diferencia. En primer lugar, las mujeres están representadas en la mayoría de las ocupaciones de "alto riesgo", como enseñanza, trabajo social, enfermería, asistencia sanitaria y trabajo doméstico. En segundo lugar, contribuye al problema la continua segregación de las mujeres a los trabajos peor pagados y de menor categoría, mientras que los hombres predominan en puestos mejor pagados, de mayor estatus y de supervisión. Por último, varios factores relacionados con el trabajo están frecuentemente asociados con acontecimientos de violencia y acoso: condiciones de trabajo difíciles (sobrecarga laboral, ritmo de trabajo intenso, etc.), junto con reglas internas y formas de administración que favorecen la competición entre empleados.

Está ampliamente reconocido que ser víctima de violencia es causante de problemas de salud mental, entre otros: Trastorno por estrés posttraumático, depresión, ansiedad y crisis de ansiedad. La violencia también juega un papel importante en el desarrollo o empeoramiento de los problemas por abuso de sustancias. Se ha relacionado la exposición en el lugar de trabajo al acoso (moral y/o sexual) con: ansiedad, depresión, agresividad, insomnio, melancolía, apatía, efectos a nivel cognitivo (problemas de concentración), inseguridad, falta de iniciativa, disminución de la satisfacción en el trabajo y del compromiso con la

empresa, comportamientos de riesgo y propensión a los accidentes, hábitos de vida poco saludables (por ejemplo aumento del consumo de tabaco y alcohol, dieta poco saludable), disminución de la confianza en uno mismo, retraimiento personal, que muy a menudo conduce a aislamiento social, efectos negativos sobre la vida privada y familiar, tensión insostenible en las relaciones personales y Trastorno por estrés posttraumático (TEPT).

“una gran proporción de las víctimas de acoso presentaban síntomas del TEPT, en un nivel mucho mayor que aquellas que habían sufrido una catástrofe”

En los casos más severos de acoso, las víctimas acaban frecuentemente diagnosticadas de TEPT. En un estudio noruego, en el que se compararon víctimas de acoso severo con personas que se habían visto envueltas en catástrofes de índole traumática, se observó que una gran proporción de las víctimas de acoso presentaban síntomas del TEPT, en un nivel mucho mayor que aquellas que habían sufrido una catástrofe. De acuerdo con lo expuesto por los autores del estudio, los niveles extremos de estrés que experimentaban muchas de las víctimas de acoso, podrían explicarse por la ruptura de los presupuestos previos acerca de sí mismos y del mundo. Uno de los resultados más habituales del acoso es un procedimiento legal de larga duración, acompañado de un complejo litigio, lo que sugiere que la situación no está todavía lo suficientemente clarificada para los profesionales del sistema judicial ni para los empresarios.

Como con el acoso moral, el acoso sexual ha sido recientemente relacionado con el TEPT. Como consecuencia de la violencia y el acoso puede ser que las mujeres no regresen al trabajo. Frecuentemente, la evidencia muestra que el acoso significa el final de la carrera profesional, el matrimonio, la salud y la forma de ganarse la vida. El acoso denota un ataque de los compañeros de trabajo, subordinados o superiores, para expulsar a alguien, a través de rumores, insinuaciones, intimidación, desacreditación, aislamiento y sobre todo humillación.

Es altamente probable que la violencia contra las mujeres en el lugar de trabajo tenga efectos perjudiciales a largo plazo en su

salud mental, llegando a una posible situación de desempleo y finalmente, a la pobreza y la exclusión social.

2010 representa un momento perfecto para una acción de la UE en la línea de prevenir y combatir todas las formas de violencia contra la mujer en el trabajo. La presidencia española de la Unión Europea ha colocado la erradicación de la violencia contra la mujer en un puesto alto dentro de sus prioridades y el Parlamento Europeo ha apelado recientemente a la Comisión Europea y al Consejo Europeo para trabajar en una dirección común con respecto a este tema.

En su Plan de Acción para implementar el Programa de Estocolmo (Abril de 2010), la Comisión Europea plantea que “to-

dos los instrumentos políticos disponibles serán desplegados para dar una respuesta europea robusta a la violencia contra las mujeres y los niños”. Además, en el Día Internacional de la Mujer (8 de Marzo), la Comisión Europea emitió la Carta de la Mujer, haciendo un llamamiento a la igualdad entre mujeres y hombres y para “una finalización de la violencia por razón de género”.

Mental Health Europe reconoce los pasos ya realizados en los niveles europeo e internacional para la erradicación de la violencia contra la mujer, pero cree que hay todavía mucho trabajo que hacer para asegurar que la lucha contra la violencia por razón de género y la discriminación sea mantenida en una posición prioritaria en la agenda política.

**PREVENCIÓN DE TRASTORNOS MENTALES EN HIJOS  
DE PERSONAS AFECTADAS POR TRASTORNOS MENTALES GRAVES  
ESTUDIO INICIAL SOBRE LA SITUACIÓN EN LA COMUNIDAD  
DE MADRID**

**Mónica B. Contreras García**  
*Psicóloga. Fundación Manantial.*

**Raquel del Amo Gómez**  
*Psicóloga. Fundación Manantial.*



Foto: daquela manera

## RESUMEN

A continuación se presenta el análisis de los datos y las conclusiones obtenidas a través de esta investigación, que surge de la importancia de llevar a la práctica intervenciones preventivas con un colectivo que se encuentra en una situación grave de vulnerabilidad: los hijos de personas con enfermedad mental.

El estudio nos dará un conocimiento de la situación real en la que se encuentran estos niños. Presentaremos entre otros los siguientes datos: número de personas con enfermedad mental que tienen hijos atendidas en los recursos red de atención social, número de niños entre 0 y 18 años, evolución vital de los hijos, apoyo recibido durante el embarazo, grado de satisfacción sobre la crianza, tipo de relación que mantienen, tutela, convivencia, etc.

La muestra está compuesta por personas con enfermedad mental grave y persistente, usuarios de “La Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (España)” con hijos con edades comprendidas entre 0-18 años.

El trabajo de Investigación se ha desarrollado a lo largo de 24 meses entre noviembre de 2007 y noviembre de 2009.

## INTRODUCCIÓN

Aunque parezca una obviedad es importante recordar que las personas que padecen trastornos mentales graves comparten aspiraciones que podríamos considerar comunes al resto de los seres humanos, casi universales. Entre estas podrían señalarse algunas especialmente significativas como mantener una relación sentimental o tener hijos. Sin embargo, estos aspectos centrales de la vida a menudo se olvidan o se relegan, priorizándose los aspectos relacionados con la enfermedad (la sintomatología, la medicación, etc.).

A pesar de este olvido, la realidad se impone. Aunque algunos estudios han señalado que la esquizofrenia reduce la fertilidad y la fecundidad (Niganonkar *et al.*, 1977; McGrath *et al.*, 1999; Howard *et al.*, 2002; Svensson, Lichtenstein, Sandin y Hultman, 2007), se observa que la proporción de personas con trastornos mentales graves con hijos ha ido aumentando a lo largo del tiempo (McGrath *et al.*, 1999; Oyserman *et al.*, 2000), muy probablemente relacionado con los procesos de desinstitucionalización y el aumento de su participación o mantenimiento en la comunidad.

Se han realizado pocos trabajos sobre la experiencia de la paternidad/maternidad en personas con enfermedad mental grave. Esto podría explicarse, en la línea de lo que señalan algunos autores (Bachrach, 1984; Test *et al.*, 1990; Oyserman *et al.*, 2000), porque la provisión de servicios a menudo está basada en expectativas estereotipadas de que las personas con esquizofrenia son solteras, viven solas, con los padres o en alojamientos supervisados y que no tienen hijos.

Los estudios que se han llevado a cabo han señalado algunos aspectos muy interesantes. En primer lugar, las madres que padecen enfermedad mental grave presentan en general una gran satisfacción con su rol de madres y confianza en sus capacidades (Mowbray *et al.*, 1995)) y reconocen la maternidad como un incentivo para cuidarse e intentar mantenerse bien (Nicholson *et al.* (1998a, b). Sin embargo, también describen importantes problemas como dificultades económicas, problemas con la disciplina de los hijos y temores sobre el impacto de su enfermedad sobre sus hijos y sobre la posibilidad de la pérdida de la custodia (Nicholson *et al.*, 1998a, b; Basset *et al.*, 1999).

La existencia de estos trabajos previos, así como la escasez de datos en nuestro contexto, justifica la realización del estudio que a continuación se presenta y que pretende ser una aportación en este sentido. Este tipo de conocimientos son imprescindibles para la planificación de intervenciones en los actuales ser-

vicios, así como para en su caso, diseñar o proponer nuevas vías o alternativas de intervención y atención a estos padres e hijos.

## OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Esta investigación surge de la necesidad de prevenir futuras alteraciones psíquicas y tratar de disminuir los factores de riesgo social en los hijos de personas con enfermedad mental grave. Estos niños constituyen un grupo de población con importante riesgo de desarrollar patologías en la edad adulta.

Como paso previo al desarrollo de este tipo de intervenciones preventivas debe haber un conocimiento sólido de la situación real en que se encuentran estos niños así como de sus necesidades y las de sus padres, que permita adaptar estas actuaciones e intervenciones a la realidad. Sin embargo, en nuestro contexto la información disponible sobre estos aspectos es muy escasa, ya que los trabajos de investigación realizados sobre este tema han sido prácticamente nulos. Este trabajo de investigación pretende ser un primer paso en este sentido.

El objetivo general del estudio de investigación será el acercamiento a la situación de las personas con trastornos mentales graves y crónicos con hijos menores, atendidos en la red de recursos de atención social de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales disponibles en la Comunidad de Madrid

Teniendo en cuenta este objetivo se desarrolló la metodología de este trabajo de investigación.

### Participantes y estrategias de muestreo

En cuanto a los participantes en el estudio, la muestra estuvo compuesta por personas con enfermedad mental grave y persistente usuarias de la Red de recursos de atención social a este colectivo, existente en la Comunidad de Madrid, dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales con hijos con edades comprendidas entre 0 y 18 años. Al tratarse de un estudio inicial se descartó la posibilidad de evaluar directamente a los menores por las importantes dificultades que eso entrañaba. Por ello la información sobre su situación, necesidades, etc., se recogió de forma indirecta a partir de la información proporcionada por los propios padres.

Debido al desconocimiento sobre el número total de personas que cumplían este criterio resultaba imposible, a priori, establecer el tamaño muestral. Uno de los primeros objetivos de este

trabajo fue, por tanto, determinar el número de personas con trastornos mentales atendidos que tenían hijos menores de edad, para lo cual se solicitó información a los propios centros.

Una vez determinado el número de personas en esta situación, se contactó con estos usuarios a través de los centros para analizar su experiencia como padres mediante diferentes métodos (entrevistas individuales con estas personas y grupo de discusión), con el objetivo de recoger información sobre la relación con sus hijos.

### **Estrategias, dominios e instrumentos de evaluación**

Se ha apostado por combinar estrategias cualitativas y cuantitativas ya que su utilización conjunta nos permitirá superar sus respectivas limitaciones. Aunque hay que reconocer que las estrategias cualitativas presentan algunos problemas (por ejemplo, la obtención de este tipo de datos habitualmente es más costosa y presentan dificultades de replicabilidad) en la mayoría de las ocasiones la utilidad de sus conclusiones justifica ampliamente su empleo.

#### *Estrategia cuantitativa*

Para la recogida de esta información cuantitativa se diseñó una sencilla ficha que se hizo llegar a todos los recursos de la red que se encontraban en funcionamiento en abril de 2008, con el objetivo de recoger aspectos básicos y fundamentales sobre la paternidad/maternidad de los participantes, como el número de hijos, edad de los mismos, convivencia y tutela.

Posteriormente, se realizó una entrevista individual con los usuarios que tenían hijos menores para recoger aspectos más específicos (satisfacción con la crianza, apoyos recibidos, desarrollo, etc.).

Se elaboró un primer borrador de la entrevista que se probó en un estudio piloto. Para ello se hicieron 7 entrevistas, 4 a mujeres y 3 a varones. A partir del estudio piloto se identificaron algunos problemas en la aplicación de la entrevista y se realizaron algunas modificaciones.

La versión final de la entrevista fue aplicada en forma de entrevista estructurada a los participantes (usuarios con hijos menores de 18 años), para facilitar así su comprensión. A pesar del carácter estructurado de la entrevista también se incluyeron algunas preguntas de carácter abierto con el objetivo de recoger las experiencias u opiniones.

Estas entrevistas fueron realizadas tras recibir el consentimiento informado de los usuarios.

#### *Estrategia cualitativa*

Para complementar esta información cuantitativa se realizó un grupo de discusión con usuarios de los centros con hijos menores, que pudiera proporcionar una información más abierta sobre sus preocupaciones, necesidades, etc., es decir, información relevante también a la hora de entender posibles dificultades o carencias encontradas por estas personas en su papel como padres / madres. Ocho usuarios se mostraron dispuestos a colaborar y cinco de ellos asistieron finalmente al grupo de discusión que se realizó el día 26 de octubre de 2009.

#### *Análisis de datos*

En primer lugar para cada una de las variables consideradas se realizaron análisis descriptivos, principalmente análisis de frecuencias y media, en función del tipo de variable.

También se analizaron las diferencias en las variables consideradas en función de variables relevantes como el género o la situación de tutela. Concretamente:

Para variables nominales se realizaron utilizando el estadístico Chi cuadrado.

En el caso de las variables continuas se aplicaron pruebas "t" de Student para muestras independientes.

Tan sólo se presentan aquellos resultados en los que aparecieron diferencias estadísticamente significativas.

## **RESULTADOS**

A continuación se presentan los principales resultados encontrados en ambos momentos o fases de la investigación

### *Fase 1. Análisis inicial de los usuarios de la red de Plan de atención social con enfermedad mental grave y crónica.*

Según los datos de las fichas iniciales recogidas, que corresponden a más del 75% de los recursos de atención social para personas con enfermedad mental grave y crónica, el número total de usuarios con hijos era de 370. Estos usuarios tenían un total

de 716 hijos y casi el 80% tenía uno o dos hijos

Ciento sesenta y tres usuarios tenían en ese momento, al menos, un hijo menor de 18 años. En total, estos usuarios tenían 216 hijos menores de edad de los cuales el 56% no convivía con sus padres, y en el 43% de los casos los padres no mantenían la tutela.

### *Fase 2. Análisis de las experiencias y vivencias de los usuarios del Plan con hijos menores.*

Los datos del estudio inicial nos hablaban claramente de una grave afectación de la relación entre los usuarios y sus hijos por lo que resultaba necesario profundizar en el conocimiento de la situación y necesidades de estos usuarios. Como ya hemos comentando anteriormente se realizaron entrevistas estructuradas y un grupo de discusión.

A continuación se exponen algunos de los resultados encontrados mediante ambas estrategias.

Durante el desarrollo de la investigación se contactó con un total de 87 recursos del total de la Red de atención. De los 163 usuarios con hijos menores identificados en un primer momento, finalmente se logró entrevistar a 60 personas.

Se recogieron datos sobre las características sociodemográficas y clínicas de los entrevistados de los que hemos obtenido el siguiente perfil: Mujer de 40 años, casada o divorciada, con ingresos propios procedentes de pensión contributiva o no contributiva, con una declaración de minusvalía del 65%, con un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno de personalidad y con dos hijos cuya media de edad es de 10 años.

#### Variables relacionadas con el embarazo y parto

El siguiente bloque de la entrevista fue dirigido a conocer cómo habían vivido los participantes el embarazo y el nacimiento de sus hijos.

Según se observa en la tabla siguiente la mayoría de los embarazos (66%) fueron planificados, aunque en uno de cada tres casos fue algo inesperado. Sin embargo, a pesar de ello la opción de interrumpir el embarazo sólo se contempló en uno de cada diez embarazos.

Aunque en la mayoría de los casos tanto el embarazo como el parto transcurrieron sin incidencias, al menos uno de cada cuatro participantes informaron de problemas en algún momento.

**Tabla 1. Planificación del embarazo**

	n	%	
¿El embarazo fue pensado o planificado?	Sí	59	66,3
	No	29	32,6
	NS/NC	1	1,1
¿Pensó en interrumpir el embarazo?	Sí	9	10,1
	No	79	88,8
	NS/NC	1	1,1

## 2. Variables del desarrollo

La mayoría de los participantes informan de que sus hijos han tenido un desarrollo evolutivo normal. La mayoría de los niños no presentaron problemas en la adquisición de capacidades como adquisición del lenguaje, control de esfínteres, andar, etc. Aunque es importante destacar que sí existieron problemas en el 20% de los casos.

Por otro lado, uno de cada cuatro participantes informaron de problemas importantes de salud en sus hijos, lo que supone un porcentaje muy importante.

**Tabla 2. Problemas de salud en los menores**

	n	%	
¿Ha tenido algún problema de salud importante?	Sí	22	24,7
	No	62	69,7
	No sabe	5	5,6

Un dato que resulta especialmente llamativo es el relativo a la atención recibida por los menores por parte de profesionales de la salud mental. Concretamente, según informan los participantes el 40% de los menores habían sido atendidos por algún profesional de este tipo. Además, un porcentaje muy similar (38%) habían sido atendidos por algún profesional de Servicios Sociales.

**Tabla 3. Atención recibida por profesionales de la salud mental y por profesionales de los Servicios Sociales**

	n	%	
¿Ha sido atendido su hijo por algún profesional de la salud mental?	Sí	36	40,4
	No	46	51,7
	NS/NC	7	7,9
¿Ha sido atendido su hijo por algún profesional de SS Sociales?	Sí	34	38,2
	No	48	53,9
	No sabe	7	7,9

Respecto a periodos de alejamiento de los participantes en el estudio, la mitad de los usuarios habían estado sin mantener ningún contacto con sus hijos durante más de un mes, llegando en el 22% de los casos a superar los 12 meses.

**Tabla 4. Pérdida de contacto entre los participantes y sus hijos durante más de un mes**

	n	%
¿Ha estado más de un mes sin mantener ningún contacto con su hijo?	Sí	45 50,6
	No	40 44,9
	NS/NC	4 4,5
¿Durante cuánto tiempo?	1 - 3 meses	14 15,7
	3 - 6 meses	4 4,5
	6 - 12 meses	8 9,0
	Más de 12 meses	20 22,5

#### *Satisfacción de los padres respecto a la crianza*

Respecto a la implicación de los usuarios en la crianza de los hijos, la gran mayoría de los entrevistados se han sentido partícipes en la crianza de sus hijos (casi el 85%), encontrando su mayor apoyo en su pareja (42%) o en sus padres (37%).

Este apoyo recibido varía de forma importante en función del sexo de los participantes. En el caso de los varones casi el 70% percibían que su pareja había sido su mayor apoyo en la crianza de su hijo, mientras en el caso de las participantes esto tan sólo ocurría en el 15% de los casos. En el caso de las mujeres, aproximadamente la mitad percibieron que su mayor apoyo habían sido sus padres.

La mayoría de los entrevistados informaron de una satisfacción buena o muy buena con la relación con sus hijos (casi un 70%), aunque casi uno de cada cinco usuarios reconoció que la relación con sus hijos era mala o muy mala o directamente inexistente.

Respecto a su papel como padre o madre más del 70% se consideran padres buenos o muy buenos, mientras casi uno de cada cinco se considera regular y sólo un 7% se considera mal o muy mal padre.

Por otro lado, también se les consultó por aquellos aspectos que les producían más insatisfacción. En este caso parece que destacan algunos aspectos relacionados con la separación y falta de contacto con sus hijos, aunque en algunos casos se señalan

otros aspectos relacionados con problemas de conducta, desobediencia, y conductas agresivas de los menores respecto a los propios participantes u otras personas.

También se les preguntó sobre qué habían echado de menos o qué hubieran necesitado en relación con la crianza de sus hijos. En este caso, se señalan necesidades de distinto tipo. Aunque destacaban las necesidades relacionadas con aspectos económicos (ingresos, vivienda, trabajo,...) también se señalaron otras como el deseo de haber dispuesto de más tiempo para estar con ellos o el recibir ayuda efectiva, formación o supervisión a la hora de realizar algunas tareas relacionadas con la crianza de los hijos, por ejemplo, que les enseñaran a bañar a los niños, o darles de comer, etc. Por otro lado los usuarios también señalaron que hubieran necesitado apoyo profesional para saber cómo educarlos, o para defender sus derechos y mantener así la relación y el contacto con sus hijos, y también más apoyo de las personas de su entorno (padres, hermanos, etc.).

A continuación se consultó a los participantes si recibieron ayuda desde los Servicios Sociales o los Servicios de Salud Mental en su papel de padres. Un 46% de los entrevistados afirmó haber recibido ayuda de estos servicios, aunque de ellos sólo la mitad valoró dicha ayuda como de utilidad. Sin embargo, entre aquellos que no la recibieron la mayoría, un 65%, desearían haberla recibido.

**Tabla 5. Atención recibida desde los Servicios Sociales o de Salud Mental**

	n	%
¿Recibió algún tipo de ayuda de los Servicios Sociales o de Salud Mental respecto a su papel de padre?	Sí	28 46,7
	No	32 53,3
Si recibió alguna atención ¿Le sirvió de ayuda?	Sí	15 51,7
	No	14 48,3
En caso de no haberla recibido ¿le hubiera gustado?	Sí	22 64,7
	No	12 35,3

Pero intentando analizar el efecto que esta ayuda pudo tener en algunas de las variables más relevantes de la relación entre padres e hijos, fundamentalmente mantenimiento de la tutela y convivencia, no aparecen diferencias estadísticamente significativas. Es decir, resulta curioso que no parece que el recibir algún tipo de ayuda tenga relación con la convivencia o no actual ni con el mantenimiento de la tutela con los menores.

**Tabla 6. Mantenimiento de la tutela y convivencia con los hijos en relación con la ayuda recibida respecto a su papel de padre / madre por los usuarios**

	¿Tiene su tutela?		¿Actualmente convive con su hijo?						
	Sí	No	Sí	No	%	%	N	%	
		n	%	n	%	n	%	N	%
¿Recibió algún tipo de ayuda de los S. Social o Salud Mental respecto a su papel de padre?	Sí	18	37,5	22	56,4	20	47,6	22	46,8
	No	30	62,5	17	43,6	22	52,4	25	53,2

#### 4. Datos de convivencia de los menores

Sobre la convivencia del usuario con sus hijos casi la mitad de los menores convivían con el usuario entrevistado, no existiendo en este caso diferencias entre varones y mujeres.

**Tabla 7. Convivencia del usuario con los hijos menores de los usuarios entrevistados**

	n	%	%
Actualmente convive con su hijo	Sí	42	47,2
	No	47	52,8

La siguiente pregunta se planteó sólo para aquellos que no convivían con sus hijos. Como se observa en la tabla siguiente en el 40% de los casos los hijos vivían con el otro progenitor, casi un 20% en instituciones y un porcentaje similar con los padres del usuario u otro familiar. Casi el 13% se encontraban en acogimiento.

**Tabla 8. Convivencia de los hijos menores de los usuarios entrevistados**

	n	%	%
Si usted no convive con él ¿con quién convive?	Padre / madre	19	40,4
	Padres del usuario	5	10,6
	Otros familiares	4	8,5
	En instituciones	9	19,1
	Acogimiento	6	12,8
	Adopción	0	0
	Otros	2	4,3
	No sabe	2	4,3

Se han encontrado diferencias relevantes en cuanto a la convivencia de los menores en función del sexo del entrevistado. En el

caso de los usuarios varones, mayoritariamente los hijos convivían con sus madres (85% de los casos). Sin embargo, en el caso de las mujeres esto parece más heterogéneo y además refleja una situación de alejamiento mayor. Si no convivían con ellas, en un 35% sus hijos vivían en instituciones y un 15% en acogimiento.

Respecto a la situación de tutela de los hijos menores de edad, los participantes mantenían la tutela en el 55% de los casos, sin que aparezcan diferencias estadísticamente significativas en función del sexo de los participantes.

Sobre aquellos que no tenían la tutela de sus hijos se recogió información sobre la edad del hijo cuando la perdió. Como se ob-

**Tabla 9. Pérdida de la tutela por los usuarios**

	n	%	%
Si no tiene la tutela ¿qué edad tenía su hijo cuando la perdió?	Edad media (dt)	31	5,19 (4,143)
	< 5 años	19	52,8
	5 - 9 años	12	33,3
	10 - 14 años	5	13,9
Si no tiene la tutela ¿quién la tiene?	El padre / madre	12	30,8
	Los padres del usuario	9	23,1
	Otros familiares	4	10,3
	Otros	13	33,3
	No sabe	1	2,6
Si no tiene la tutela ¿Actualmente mantiene contacto con su hijo?	Ningún contacto	7	17,1
	Esporádico	5	12,2
	Poco frecuente	4	9,8
	Frecuente	12	29,3
	Muy frecuente	13	31,7

serva en la tabla siguiente la edad media de los hijos cuando los usuarios perdieron la tutela fue de aproximadamente 5 años. En menos del 15% de los casos esta pérdida se produjo después de los 10 años y en ningún caso después de los 14 años.

**Tabla 10. Edad en la que el usuario perdió la tutela de los menores por sexo de los participantes**

	Sexo del participante			
	Varón	Mujer	n	%
Edad en la que perdió la tutela			n	%
< 5 años	4	33,3%	15	62,5%
5 - 9 años	6	50,0%	6	25,0%
10 - 14 años	2	16,7%	3	12,5%

### 5. Relación percibida entre maternidad/paternidad y salud mental.

En el 65% de los casos la aparición de los problemas de salud mental fue anterior al nacimiento de los hijos. Sin embargo, en el resto de casos estos problemas surgieron después del nacimiento de los mismos, principalmente antes de que los niños cumplieran 10 años.

Se analizó también la convivencia de los hijos durante las hospitalizaciones de los padres, para ver como afectaron estas separaciones a la relación padres e hijos. En el 37% de los casos los niños se mantuvieron con el otro progenitor, aunque en otros casos se mantuvieron con los padres del usuario (15%) o con otros familiares (6,7%) o en instituciones (9%).

**Tabla 11. Convivencia de los menores durante las hospitalizaciones de los usuarios**

	n	%
Durante las hospitalizaciones		
¿Con quién ha permanecido su hijo?		
Padre / madre	33	37,1
Padres del usuario	14	15,7
Otros familiares	6	6,7
En instituciones	8	9,0
Otros	4	4,5
NS/NC	24	27,0

En este caso de nuevo encontramos diferencias interesantes entre varones y mujeres. En el caso de los participantes varones las madres de los niños fueron las encargadas de cuidar al niño,

mientras en tan sólo uno de cada diez casos de mujeres, sus hijos se mantuvieron con los padres. Los hijos de las participantes se mantuvieron en mayor medida con sus abuelos (32%) u otros familiares (11%) y en instituciones (18%).

### Fase 3. Grupo de Discusión

En el grupo de discusión, llevado a cabo el día 26 de octubre de 2009, participaron cinco usuarios (cuatro mujeres y un varón) de diferentes recursos de la Red de atención social para personas con enfermedad mental grave y crónica. Todos ellos se habían presentado voluntarios para la participación en el grupo tras ser informados en su centro de la realización del mismo.

Algo que destacaron los participantes en el grupo de discusión es el potencial efecto positivo que pueden tener los hijos en la propia enfermedad mental, fundamentalmente relacionado con la motivación. Es decir, según señalaron algunos de los asistentes al grupo de discusión la presencia de los hijos y el deseo de conservarlos a su lado y ser capaces de ejercer como padres o madres supone una motivación muy importante para ellos a la hora de cumplir el tratamiento y participar activamente en su rehabilitación.

Sin embargo, también se señaló la dificultad de ejercer adecuadamente ese rol de padres sin apoyo. Los participantes identifican claramente la necesidad de ayuda, tanto por parte de diferentes servicios como por personas de su propio entorno: pareja, padres, etc. Pero según su experiencia las reacciones que se encuentran habitualmente en su entorno más cercano, especialmente en los primeros momentos, son, por un lado, de rechazo, y por otro, de dudas sobre su capacidad como padres lo que les ha hecho sentirse a menudo muy solos en este proyecto personal que supone tener hijos.

Las dificultades encontradas en la propia relación con los hijos según señalaron los propios usuarios a menudo están relacionadas con la comunicación. Los participantes señalaron la importancia de dar información a los hijos que les ayude a entender la enfermedad mental y los síntomas, para que entiendan algunos comportamientos o problemas de sus padres. En algunos casos los padres señalaron que sus hijos sí entendían la enfermedad y sus síntomas.

Este grupo de discusión, a pesar de la gran heterogeneidad de situaciones y vivencias de los participantes que antes se ha comentado, así como su reducido tamaño permitió señalar algunos aspectos relevantes de sus experiencias como padres.

## CONCLUSIONES

Los resultados de este proyecto de investigación han aportado algo de luz sobre la situación en la que se encuentran aquellas personas con trastornos mentales graves con hijos menores, y de una forma indirecta nos ha permitido asomarnos a la situación de estos niños o jóvenes.

En primer lugar, resulta interesante destacar que el hecho de tener hijos es algo habitual entre las personas con este tipo de trastornos, especialmente entre las mujeres. Concretamente, 370 personas de la red de recursos tenían al menos un hijo, de las cuales aproximadamente el 60% eran mujeres lo que coincide de forma importante con lo encontrado por otros autores en diferentes contextos (Howard *et al.*, 2001; McGrath *et al.*, 1999). Otro aspecto muy positivo en la línea de lo señalado por otros trabajos de investigación (Nicholson *et al.*, 1998) es el papel motivador que puede tener para estas personas su papel como padres a la hora de afrontar su enfermedad y cuidarse.

Pero por otro lado, desde el primer momento aparecieron indicadores que apuntaban a la existencia de problemas o carencias importantes. Ya en la fase inicial se encontró que más de la mitad de los casos no convivía con sus hijos menores y un porcentaje similar no mantenían la tutela.

Los participantes señalaron la necesidad de ayuda y a la mayoría les hubiera gustado o les gustaría recibir ayuda de los Servicios Sociales o de los Servicios de Salud Mental respecto a su papel de padres. Sin embargo, los usuarios que en algún momento recibieron este tipo de ayuda no parece que lo percibirían como muy útil, lo que parece indicar la necesidad de diseñar y poner en marcha nuevas fórmulas de abordaje de este tipo de situaciones.

Otro indicador de la existencia de problemas o necesidades en ese sentido es la consideración de los propios usuarios de que, en ocasiones, su enfermedad mental les ha llevado a desatender a sus hijos. En la misma línea también parecen ser frecuentes los periodos de alejamiento, en los que los participantes no han mantenido contacto con sus hijos. La mitad de los participantes ha estado más de un mes sin mantener ningún tipo de contacto, y uno de cada cinco más de un año. Estas separaciones podrían en parte explicarse por el propio trastorno mental (hospitalizaciones, sintomatología, etc.). Estudios previos ya han señalado la dificultad de mantener el contacto durante los periodos de hospitalización, debido, entre otros aspectos a la ausencia de lugares adecuados donde puedan realizarse las visitas de los ni-

ños durante ese periodo (Diaz-Caneja y Jonson, 2004). Teniendo en cuenta todo esto, la necesidad de apoyo a estas personas se hace especialmente importante para intentar, primero, que la relación no se rompa y que los niños no estén desatendidos, y, en segundo lugar, para que si la ruptura de la relación se produce sea posible trabajar para que se restituya.

Uno de cada cuatro niños habían sido atendidos por algún profesional de la salud mental y un porcentaje parecido por algún profesional de servicios sociales. Esto justificaría la existencia de intervenciones preventivas que evitaran el desarrollo de patología en estos niños y jóvenes.

Pero también resultan preocupantes algunos datos que parecen indicar que los hijos de las participantes podrían estar en una peor situación, ya que con mayor frecuencia, cuando estas mujeres no podían hacerse cargo de ellos, estos niños o jóvenes terminaban en alguna institución. Concretamente uno de cada tres hijos que no conviven con su madre vivían en instituciones. Tan sólo en un caso el menor convivía con el otro progenitor (el padre).

Sin embargo, es importante tener en cuenta las limitaciones de este estudio a la hora de considerar los resultados presentados. Fundamentalmente hay que recordar que este trabajo de investigación se ha interesado por un colectivo muy concreto dentro de las personas con trastornos mentales: las personas con trastornos mentales graves y crónicos. E incluso dentro de las personas que tienen este tipo de trastornos, los participantes también suponen un subgrupo que probablemente tengan unas peculiaridades importantes ya que todos eran usuarios de la red de recursos de atención social para personas con enfermedad mental grave y persistente.

Por otro lado, el alto número de entrevistas no realizadas por no ser considerado adecuado por los profesionales de los recursos podría haber sesgado la muestra. Probablemente no se hayan entrevistado a aquellas personas cuya relación con sus hijos estuviera más deteriorada, aquellos en los que hubiera una ruptura mayor de la relación o aspectos altamente dolorosos relacionados con la misma.

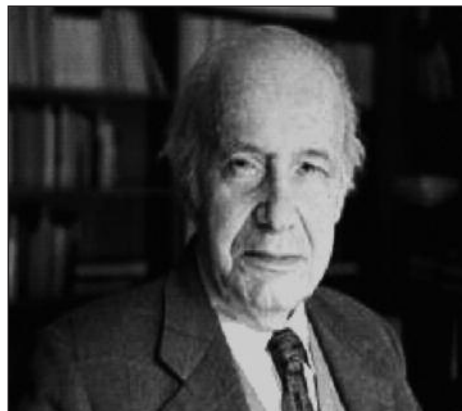
## BIBLIOGRAFÍA

- Bachrach, L.L. (1984). Deinstitutionalization and women: assessing the consequences of public policy. *American Psychologist*, 39, 1171-1177.

- Basset, H., Lampe, J., Lloyd, C. (1999). Parenting and feeling of parents with a mental illness. *Journal of Mental Health*, 8, 597-604.
- Blanch, A., Nicholson, J. y Purcell, J. (1994) Parents with severe mental illness and their children: The need for human services integration. *The Journal of Mental Health Administration*, 21, 109-130.
- Coverdale, J.H., Aruffo, J.A. (1989). Family planning needs of female chronic psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1489-1491.
- Cowling, V., McGorry, P. y Hay, D. (1995) Children of parents with psychotic disorders. *Medical Journal of Australia*, 163, 119-120.
- Díaz-Caneja, A. y Johnson, S. (2004) The view and experiences of severely mentally ill mothers. A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 472-482.
- Howard, L. (2000) Psychotic disorders and parenting – the relevance of patients' children for general adult psychiatric services. *Psychiatric Bulletin*, 24, 324-326.
- Howard, L., Kumar, R. y Thornicroft, G. (2001). Psychosocial characteristics and needs of mothers with psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 178, 427-432.
- Howard, L., Kumar, C., Leese, M. y Thornicroft, G. (2002). The general fertility rate in women with psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 991-997.
- Howard, L., Shah, N., Salmon, M. and Appleby, L. (2003). Predictors of social services supervision of babies of mothers with mental illness after admission to a psychiatric mother and baby unit. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 450-455.
- Joseph, J., Joshi, S., Lewin, A., Abrams, M. (1999). Characteristics and perceived needs of mothers with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 50, 1357-1359.
- Kahng, S.K., Bybee, D., Oyserman, D., Mowbray, C. (2008). Mothers with serious mental illness: When Symptoms decline does parenting improve? *Journal of Family Psychology*, 22, 162-166.
- McGrath, J.J., Heale, J., Jenner, L., Plant, K., Drummond, A., Barkler, J.M. (1999). The fertility and fecundity of patients with psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 441-446.
- Mowbray, C.T., Oysterman, D. y Ross, S. (1995). Parenting and the significance of children for women with a serious mental illness. *Journal of Mental Health Administration*, 22, 189-200.
- Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., Ducournau, P., Turner, P., Stein, A. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychol Psychiatry*, 40, 1259-1271.
- Nicholson, J., Sweeney, E., Geller, J.L. (1998a) Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services*, 49, 635-642.
- Nicholson, J., Sweeney, E., Geller, J.L. (1998a) Mothers with mental illness: II. Family relationships and the context of parenting. *Psychiatric Services*, 49, 643-649.
- Niganonkar, V.L., Ward, S.E., Agarde, H. (1997) Fertility in schizophrenia: results from a contemporary US cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 364-369.
- Reder, P., McClure, M., Jolley, A. (2000). *Family matters. Interfaces between child and adult mental health.* Routledge. London.
- Svensson, A.C., Lichtenstein, P., Sandin, S. y Hultman, C.M. (2007) Fertility of first-degree relatives of patients with schizophrenia: A three generation perspective. *Schizophrenia research*, 91, 238-245.
- Oates, M. (1997). Patients as parents: the risk to children. *British Journal of Psychiatry*, 32 (suppl.), 22-27.
- Oyserman, Mowbray, Allen-Meares, y Firminger (2000) Parenting among mothers with serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 296-315.
- Test, M.A., Burke, S.S., Wallisch, L.S. (1990). Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 331-344.

## A PROPÓSITO DEL FALLECIMIENTO DE JORGE GARCÍA BADARACCO

*José Morales y Ángel Luis Lucas*



*“El infierno de los vivos no es algo por venir; hay uno, el que ya existe aquí, el infierno que habitamos todos los días, que formamos estando juntos. Hay dos maneras de no sufrirlo. La primera es fácil para muchos: aceptar el infierno y volverse parte de él hasta el punto de dejar de verlo. La segunda es riesgosa y exige atención y aprendizaje continuos: buscar y saber quién y qué, en medio del infierno, no es infierno, y hacer que dure, y dejarle espacio”.*

**Italo Calvino.** *“Las ciudades invisibles”.*

A mediados de Septiembre nos ha llegado la triste noticia del fallecimiento en Buenos Aires (Argentina) de Jorge García Badaracco, médico psiquiatra y psicoanalista argentino de 86 años de edad.

Graduado como médico en la Universidad de Buenos Aires en 1947 con diploma de honor, en 1950 se trasladó a París para completar su formación psiquiátrica y psicoanalítica. Hasta que regresó a la capital argentina en 1956 compartió actividad laboral con numerosas personalidades de la época (Ey, Lebovici, Girau, Delay, Diatkine, Ajuriaguerra) y durante los años 1951-53 realizó los seminarios de psicoanálisis con J. Lacan. Ya en Argentina, en 1957 creó la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar y en 1964 el primer Hospital de Día para pacientes psiquiátricos de Buenos Aires. Durante los años 1980 y 1984 ejerció por dos mandatos consecutivos la presidencia de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Profesor Adjunto de Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires desde 1972; entre 1987 y 1994 asumió la dirección del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina, desde donde realizó una vasta labor docente. Autor de tres libros (“Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar”, “Psicoanálisis Multifamiliar (Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo)” y “Demonios de la Mente (Biografía de

una Esquizofrenia)”) y de una infinidad de artículos escritos prácticamente hasta el final de sus días en los que intentó transmitir su ideología terapéutica.

Desde el principio de su andadura se caracterizó por la profundización en la dimensión relacional de la psicopatología individual, que entendía como resultado de un conflicto vincular acontecido en la infancia y sostenido a lo largo del tiempo con un complejo entramado de relaciones e interdependencias familiares patógenas que impiden el proceso de diferenciación e individuación de las personas, conflicto que se mantiene para mantener las interdependencias. Cargado siempre de una visión esperanzadora y francamente humanizadora en el abordaje de las psicosis y de otras patologías severas, puso siempre énfasis en la concepción de proceso terapéutico y en la integración de diversos recursos y dispositivos que permitiesen un adecuado abordaje individual, grupal y familiar del trastorno mental grave. Para Jorge García Badaracco, eran la sociedad y las relaciones humanas el origen, la causa y el escenario donde se manifiesta la enfermedad mental y, por tanto, ese era el lugar donde también debía abordarse. Es por ello que los grupos multifamiliares se convirtieron en la principal herramienta de su quehacer clínico. Inicialmente planteados como grupos de pacientes de carácter psicopedagógico con un “encuadre espontáneo”, paulatinamente se fueron incorporando las familias y acabaron constituyéndose grupos terapéuticos de “libre discusión” de numerosos pacientes y familiares. Se pudo armar así un instrumento de gran potencial terapéutico y fue construyendo desde él su particular teoría del enfermar y de su abordaje, el Psicoanálisis Multifamiliar.

El grupo multifamiliar se constituye como un espacio donde pacientes y familiares pueden compartir las ansiedades e incertidumbres que acontecen en todo proceso terapéutico. En ese contexto, se plantea trabajar con la “virtualidad sana” del paciente y su familia, es decir, con una actitud más que de escucha, de disponibilidad, respeto y tolerancia y dirigiendo la “mirada del otro” hacia partes nunca suficientemente vistas de la

persona pero que tienen que ver con lo universal, lo que a todos nos une, lo inevitablemente intrínseco a la experiencia de la existencia humana, que hace que tanto el paciente como su familia sientan el crecimiento, la autonomía y la individuación como menos amenazantes. A través del compromiso emocional de los participantes y el aporte intelectual sobre los fenómenos en los que están inmersos se hace posible la socialización del sufrimiento, la universalización de los conflictos, el abordaje de situaciones dilemáticas y la conversión de los participantes en coterapeutas y agentes de cambio. Vivenciar lo que en un grupo multifamiliar acontece hace evidente que la renuncia a la omnipotencia, la recuperación del ideal revolucionario de la fraternidad, y el reconocimiento y la aceptación de la indefensión compartida, son las bases sobre las que es posible el regreso a lo social y a la convivencia humana con un menor sufrimiento.

En los últimos años, más de treinta residentes de Psiquiatría, Psicología o Enfermería en Salud Mental de la Comunidad de Madrid han dedicado varios meses de su formación a conocer in situ el trabajo de Jorge García Badaracco y aprehender así sus concepciones. Mucha gente pudo disfrutar de su disponibilidad y cercanía para acompañar a las personas que estaban cerca de él por cualquier cuestión relacionada con la enfermedad mental (pacientes, familiares, profesionales, rotantes de otros países...). El propio Jorge García Badaracco ha puesto especial empeño en estos últimos años en la difusión de su manera de entender la Salud Mental más allá de las fronteras de Argentina, especialmente en Italia, España, Uruguay y Brasil. El año pasado, en Junio, se celebraron en Bilbao las I Jornadas Europeas de Grupo Multifamiliar como homenaje al Profesor Jorge García Badaracco con notable éxito en cuanto a asistencia e intercambio científico. En la Comunidad de Madrid son numerosos los profesionales que han contactado con esta forma de trabajar, y varios los grupos multifamiliares que están funcionando desde hace varios años, así como algunos proyectos similares poniéndose en marcha en la actualidad.

Intentemos hacer que dure, y dejémosle espacio.

# hemos leído

*Javier Sanz Fuentenebro*

**LAS PUERTAS ABIERTAS DE LA CORDURA  
VICENTE MOLINA  
ED. BIBLIOTECA NUEVA SL, MADRID 2009**



El autor parte de su abrumador conocimiento de la neurobiología cerebral por el que es generalmente citado, para desarrollar una visión de la patología mental en las antípodas de la habitual simplificación que se atribuye a las visiones biomédicas del enfermar. El texto revisa rigurosamente pero con un formato asequible para el lector no profesional, los datos genéticos, neuroquímicos o de neuroimagen que sugieren la extraordinaria complejidad del sustrato de nuestro aparato psíquico. Esta complejidad se propone como rica plasticidad en su continua interacción con el entorno sin la que no es entendible, pero a la vez como base de la vulnerabilidad para traspasar el límite de lo anómalo, lo patológico, del enfermar.

La tesis del texto gira precisamente en torno a la dificultad o, probablemente, la inutilidad de plantear ese límite como objetivo. La visión de continuidad, de gradación en la variabilidad genética, en su expresión, en la densidad sináptica o en volúmenes de estructuras cerebrales, resulta paralela en el texto y hace comprensible, la continuidad entre las opiniones, creencias, fanatismos y delirios. El autor no propone con ello la inexistencia de la patología mental cuando ese posicionamiento en el extremo resulta desadaptativo para el individuo en su contexto, ni obvia el riesgo de considerar diagnósticos (desculpabilizadores/eximentes de responsabilidad) las variedades del ser humano (personalidad, humor...).

La crítica a la visión categorial en psicopatología no es sólo teórica, tiene consecuencias en la atención, en el modelo de enfermar que se ofrece al paciente, en la visión que se trasmite a la sociedad; pero también, en la medida en que observamos entidades arbitrariamente delimitadas, pueden estar obstaculizando la investigación.

El autor propone pues el conocimiento de los rasgos disfuncionales y de su sustrato desde un punto de vista dimensional, no sólo como forma de mejorar nuestra atención al enfermo y potenciar la investigación fiable sobre el enfermar, sino como una forma de aproximarnos a la conducta humana en general.

Alejandro Bello



## EL ARTE DE LA GUERRA SUN TZU. ED. MARTÍNEZ ROCA

Escrito hace dos mil quinientos años por el general Sun Tzu, nos viene de perlas en este boletín, vertebrado en buena medida por la caracterización de una nueva época en la red de salud mental y en la de servicios sociales especializados en rehabilitación. Época caracterizada por las corbatas, los directivos, la perversa eficiencia, los despidos improcedentes, los procedentes que pronto dejarán de serlo y esta crisis económica que nos regala el desvestir a los encubiertos (directivos que simulaban ser técnicos, borregos que simulaban ser compañeros de trabajo o apéndices a sueldo del Estado que simulaban ser sindicatos).

Podrán pensar ustedes que poco tiene que ver este libro con la salud. No es así. Ningún texto taoísta es ajeno a la salud mental. Éste, en concreto, nos será doblemente útil. Por un lado, para dotarnos de un nuevo modo de entender los conflictos y la paz entre personas (el ideograma chino correspondiente a "guerra" tiene la misma raíz que el correspondiente a "paz"). Por otro lado, para defendernos del ataque de los hombres con corbata (real o imaginaria).

El general Sun Tzu afirma que el enemigo debe ser respetado, nunca vilipendiado u oprimido, ya que en ese caso se conseguirá el efecto contrario al buscado. Es mejor conservar a un enemigo intacto que destruirlo. Si no, cuando quieras darte cuenta, tu prestigio (tu gran tesoro) estará rodando por el suelo...

Rodéate de generales competentes, no de políticos ambiciosos, que buscan algo diferente a ti y te meterán en problemas. Esto ocurre mucho en las empresas o asociaciones de salud mental con comités de dirección en los que se mezclan familiares con tiempo libre y ambición desmedida, técnicos con alma de tecnócratas ascendidos a ejecutivos y algún que otro contable... No se molestan en crear un departamento de recursos humanos mínimamente cualificado. Lo hacen porque no se conocen bien a sí mismos, se creen lo que no son. Sun Tzu afirma: "conócete bien a ti mismo, conoce bien a tu enemigo y vencerás en mil batallas".

Afirma también el autor que el arte de la guerra se basa en el engaño, aparentar incapacidad cuando se está a punto de atacar. Si el enemigo está cerca, hacerle creer que está lejos, si está lejos que se halla cerca. Si estás tranquilo, que te vean airado. Si pareces tener capacidad de persuasión sobre tus compañeros, sé humilde, no la ejerzas de forma abierta. Si quieres irte, quédate... hasta que te echen. Si en su agresión hay desmesura, aprovéchalo para que se vuelva contra ellos.

Si el adversario ataca, nunca respondas con prontitud, tómate tu tiempo, reflexiona y espera a responder atacando cuando y como le duela más, no de cualquier manera... Recuerda que siempre puedes escribir algo en el boletín de la AMSM...

Salud y libertad. Aburiño.

# paóptico

LAS LISTAS DE ESPERA PARA LOS CSM COTIZARÁN EN NASDAQ Y SE PROYECTARÁN PERMANENTEMENTE EN TIMES SQUARE

**La entrada en bolsa de Pocoyó acelera el acuerdo con NASDAQ. Square Littleroad. Enviado especial. Nueva York.**

El índice NASDAQ 100 se convertirá presumiblemente en el índice NASDAQ 101 a partir de 2011. Esta importante revolución del mercado de valores tecnológico ha sido anunciada por el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Ignacio Fernández Lasquetty tras llegar a un principio de acuerdo con el Director Ejecutivo del NASDAQ, Robert Greifeld para que las listas de espera de los Centros de Salud Mental coticen en la bolsa de valores tecnológicos más importante del mundo a partir del año que viene. Fuentes cercanas a la Consejería afirman que Lasquetty sintió envidia cuando Pocoyó, empresa para la que trabaja su antecesor Juan José Güemes, empezó a cotizar el año pasado en el Mercado Alternativo Bursátil (MAB) y que no dudó en utilizar la rareza de su apellido y sus contactos como secretario general de la FAES para llegar a un rápido acuerdo. Lasquetty ha afirmado que “las coca-colas aunque sean todas del mismo color no saben iguales” y que el NASDAQ “mola más que el MAB”. Ruby Foo’s, el conocido restaurante chino de Times Square, habilitará una terraza para que los psiquiatras madrileños que viajen a Nueva York puedan tomar un merecido descanso durante sus paseos científicos mientras siguen la cotización de su CSM en la pantalla gigante donde se proyectaran la oscilación de los valores del NASDAQ 101. Al cierre de cada jornada bursátil el CSM cuya lista de espera haya revalorizado más su cotización recibirá un lote de calendarios chinos con motivos tibetanos. La única condición que pone Lasquetty para el regalo es que solamente lo reciban aquellos que puedan pronunciar su apellido con una crepe de pato laqueado en la boca.



Foto: guillenperez.

## MOURINHO DESMIENTE QUE VAYA A ENTRENAR SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA CONFLICTIVOS

**Un entrenador mexicano de gallos de pelea y un sexador de pollos japonés candidatos a sustituirle.**

**Mike Donald. Redacción del panóptico. Madrid.**

El flamante entrenador del Real Madrid, José Mourinho, ha tenido que salir al paso de los rumores que le situaban como próximo entrenador de un servicio de psiquiatría de un hospital madrileño. En su página web, Mourinho, reconoce que aunque ha habido algún contacto finalmente no se ha llegado a un acuerdo por cuestiones de despachos. Los rumores lo situaban cerca de alguno de los hospitales universitarios donde la pelea por la titularidad y las capitanías alcanzan cotas de violencia inusitada. Al parecer, Rafael Arcos, entrenador de gallos macho y pollos de combate en Michoacan, es el candidato elegido para sustituir a Mourinho. La Oficina de Salud Mental considera que para lidiar con las futuras jubilaciones de catedráticos y jefes de servicio es mejor alguien que entienda de jerarquías de corral, aunque su presencia mediática sea menos significativa. Rafael Arcos ha solicitado que se fiche también como ayudante al profesor Takumi Hayato de la conocida Escuela de Sexadores de aves de Nagoya (Japón). Para Rafael Arcos la presencia de Hayato es imprescindible: “necesitamos primero saber si el pollo es un auténtico macho campeón y luego enseñar a los demás quién es el pinche amo”. Hayato es bien visto cerca del entorno del Consejero por la facilidad de lo orientales para articular los fonemas LAS KETI.

## UN MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE LA OPE DE PSIQUIATRÍA SE PRESENTA AL EXAMEN PORQUE TENÍA UN SOPLO SOBRE LAS PREGUNTAS

**Finalmente el soplo era falso y sufrió un ataque “parafilico u orgánico” según los psiquiatras.**

**Lucas Skybeing. Redacción del Panóptico.  
Ciudad Universitaria.**

Se lo sabía. Un miembro del tribunal para psiquiatras de la reciente OPE, cuyo nombre no ha sido revelado, decidió presentarse a la primera prueba del examen porque le había llegado un soplo sobre una de los casos clínicos y quería bordarlo. La irregularidad fue detectada cuando, recién co-

menzada la prueba, uno de los examinandos sufrió un ataque de furia iracunda en plena aula. Varios de los psiquiatras opositores se acercaron a atenderle y entonces se desencadenó una agria discusión sobre donde encuadrar el caso si como un Trastorno Facticio, un Trastorno Explosivo Intermitente, una Intoxicación por Anfetaminas o una Parafilia no especificada. Finalmente, tras la intervención de un internista de una sala contigua, se identificó a la persona desequilibrada y azul como un miembro del tribunal; y la causa de su mal: sus compañeros de tribunal le dieron un soplo falso sobre uno de los casos. Se había estudiado el Síndrome de Charles Bonnet y no cayó. Presa del rencor que acompaña a los traicionados y los humillados, la furia se apoderó de él, y no tuvo más opción que canalizarla comiéndose el examen, con el fatal desenlace de que se atragantó. Tras aplicarle el internista la maniobra de Heimlich, el miembro del tribunal recuperó el color y salió de la sala clamando venganza. Sus compañeros de tribunal han calificado todo de una simple broma y ante la reacción desproporcionada están pensando en inhabilitarle. Al terminar la prueba, en los corrillos de los opositores, iba ganando la hipótesis de Parafilia N/E.

## UN PSIQUIATRA SE PRESENTA A LA OPE CON SU HIJO Y EL PROGRAMA BRAIN-TRAINING PARA NINTENDO DS

**Brain-Training podría tener errores a partir de 296.89.**

**Adolf Mussolini. Redacción de El Panóptico.  
Ciudad Universitaria.**

Dormirse el día de un examen le puede pasar a cualquier estudiante. Dormirse el día de un examen que se convoca cada cinco o diez años es una desgracia, máxime si uno ya tiene su edad. Esto es lo que le debió pasar por la cabeza al psiquiatra que se vio obligado a presentarse con su hijo de 5 años a los exámenes de la OPE porque llegaba tarde y necesitaba un acompañante en el coche para acceder al BUS-VAO. El desaprensivo psiquiatra opositor obligo a su hijo a cargar con la Nintendo DS para repasar con el programa Brain-Training el temario del examen durante el trayecto. Ambos observaron como el programa cometía errores a partir de 296.89 lo que cuestiona su validez para sustituir al DSM-IV. Tampoco el Brain-Training fue capaz de deletrear correctamente la palabra Lasquetty

## INCAUTADOS MÁS DE 50 PARES DE CHANCLETAS Y VARIOS EJEMPLARES DE EL PANÓPTICO EN LA OPE DE PSIQUIATRÍA

Se reabre el debate sobre la prohibición del uso de chanquetas y sandalias entre los psiquiatras. Joseph Mulberrytrees. Redacción del Panóptico. Ciudad Universitaria.



Foto: daquela manera

Los guardias de seguridad de la Facultad de Derecho donde se celebró el examen de la OPE para médicos especialistas requirieron en los puntos de control de acceso a las aulas más de 50 pares de chanquetas y varios ejemplares de El Panóptico. Los dueños de las chanquetas y de los pasquines extremistas resultaron ser en su gran mayoría psiquiatras. Desde hace meses la comunidad psiquiátrica está dividida por la propuesta de algunas de sus sociedades científicas de prohibir el uso de chanquetas y sandalias entre los psiquiatras por su vinculación simbólica con el movimiento antipsiquiátrico, un movimiento fanático y totalitario que obligó a los pacientes a morir de hambre en las calles de Nueva York. Un miembro del tribunal ha declarado que “ya es hora de restablecer el orden público y separar a los psiquiatras vagos y maleantes de los psiquiatras de verdad, aquellos que defienden la sagrada libertad individual de sobremedicarse”. Los psiquiatras chanqueteos son el último reducto del fanatismo desinstitucionalizador de los años sesenta. Cuentan con medios impresos y digitales para el lavado de cerebro de sus miembros y sus actividades son una mezcla de entrismo troskista, acción directa anarcosindicalista e internacionalismo salafista. Pasarían desapercibidos si entre sus votos de obediencia no estuviera el uso obligatorio de sandalias y chanquetas. Para el Presidente del Tribunal de la OPE (TOP-

e) son necesarias acciones para frenar su infiltración en los servicios de psiquiatría. Para ello la primera medida fue evitar que los chanqueteos logran colocar a alguno de sus miembros en el TOP-e. La segunda será asegurar que las plazas fijas se adjudiquen a psiquiatras de verdad, psiquiatras fármaco-liberales. La tercera, prohibir el uso de sandalias y chanquetas en consultas y congresos científicos (con la notable excepción cultural de los psiquiatras alemanes).

## UN HOMBRE RECLAMA SER PSICOANALIZADO DIRECTAMENTE POR EL CALL CENTER ENCADENÁNDOSE EN SOLLUBE

Se niega a recibir al Consejero por tener un apellido muy raro. Mayr Lonesome. Redacción del Panóptico. Madrid.



Foto: daquela manera

A.G.P., un hombre de 35 años, permanece encadenado en las dependencias en el edificio Sollube de la Consejería de Sanidad de Madrid reclamando su derecho a elegir quién le debe atender. En concreto reclama ser psicoanalizado directamente por el personal que atiende el Call Center donde se gestionan las citas médicas en Madrid. Para A.G.P. la neutralidad terapéutica y los silencios del Call Center no tienen ni punto de comparación con los que le ofrecían sus anteriores terapeutas. Además de esta manera se ahorra problemas transferenciales y los vértigos posicionales paroxísticos que se le provocan cuando se tumba en el diván. Al parecer A.G.P. podría ser el mismo hombre que padece un varicocele gigante y cuyos datos se traspasaron del SELENE al Facebook por error (véase el anterior Panóptico). El Consejero de Sanidad, en persona, ha intentado mediar sin éxito. El hombre se niega a recibirle porque tiene un apellido muy raro y no se fía.

PENSAR EN LIBRARSE DE PACIENTES COMPLICADOS GRACIAS AL ÁREA ÚNICA ES UNA DISTORSIÓN COGNITIVA QUE GENERA TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS Y ALCOHOLISMO.

**El M.I.T. alerta de la aparición de casos de pseudología del Área Única**

**John Mirror. Redacción del Panóptico. Cambridge, Massachusetts.**

La Unidad de Psicología Experimental sobre Cambios Sanitarios del Massachusetts Institute of Technology ha advertido a las autoridades sanitarias regionales que se han detectado casos de profesionales de salud mental madrileños que piensan que con el área única y la libre elección de médico van a poder librarse de los pacientes difíciles. Michael Donovan, director de la investigación, ha señalado que se trata de una clara distorsión cognitiva en la que pueden estar presentes elementos emocionales que emanan directamente del núcleo accumbens. La distorsión, que podría afectar hasta al 50% de los profesionales, puede oscilar entre casos leves y pasajeros hasta constituir un verdadero trastorno mental que han bautizado con el nombre de "pseudología del Área Única". Donovan aclara que para llegar a padecer una pseudología se necesita el concurso de varios factores, como una predisposición caracterial fantasiosa y una agenda sobrecargada. Recuerda que los terapeutas que ya logran librarse de los pacientes complicados con el sistema actual de áreas sanitarias estarían protegidos frente al trastorno. La pseudología del Área Única comienza por un deseo larvado de librarse de pacientes marmota que da paso a la fantasía de que estos pacientes van a solicitar ser atendidos en otro servicio de salud mental. El profesional acaba creyéndose su propia fantasía. Cuando lo Real reaparece de nuevo en la sala de espera empieza la fase psicósomática de la enfermedad; en concreto, se caga. Por último el profesional se abandona al alcoholismo. Por otra parte fuentes de la Consejería de Sanidad niegan haber recibido la advertencia del MIT. Podría deberse a que la notificación se envió por correo postal personal al Consejero Lasquetty y escribieron mal el apellido.

DETECTADOS CAMBIOS COMPORTAMENTALES EN COLONIAS DE JEFES DE DISTRITO DE SALUD MENTAL.

**Podrían estar relacionados con el temor a desaparecer por los cambios en el ecosistema.**

**Adolf Mussolini. Enviado especial. Conde de Peñalver.**

La Sociedad Española de Etología (SEE) ha detectado varios casos de cambios en el comportamiento habitual de la colonia de jefes de centros de salud mental en el ecosistema de la Comunidad de Madrid. Aunque de momento se trata de casos aislados, relacionados con el pánico a ser cesados, se teme un incremento exponencial del fenómeno. La serie de casos será publicada en el próximo número de la revista Psicología comparada, Etología y Salud mental. El caso más llamativo es el de un Jefe de un CSM que se presentó a una reunión con la dirección médica de su hospital vestido de Freddie Mercury en "I want to break free", porque le habían asegurado que al subdirector le gustaba hacer karaokes con canciones de Queen, información que resultó ser falsa. Otras conductas detectadas han sido hacerse implantes capilares en la lengua, repartir camisetas ente el equipo de I love Área Única y tatuarse el brazo con el apellido del consejero. También se han detectado actitudes defensivas extremas como llevar doble cinturón para que no se caigan los pantalones o autoproclamarse Rey de Patones.

UNA PSIQUIATRA LOGRA COLOCAR UN TP SIN ESPECIFICAR EN UNA UNIDAD ESPECÍFICA DE TLP

**El paciente era incapaz de comportarse de forma específica. Alexander Handsome. Redacción del Panóptico. Fuencarral.**

Inaudito, pero no menos cierto. Una psiquiatra de Fuencarral logró derivar a un paciente diagnosticado de TP a una unidad específica para TLP. Nadie se explica cómo se les pudo pasar por alto que faltaba una "L". Los responsables de la unidad específica para TLP pensaron ingenuamente que la "L" se había trasapelado entre los protocolos de derivación y no dudaron en ningún momento de la buena fe de la psiquiatra. El engaño salió a la luz cuando constataron que el paciente no se comportaba específicamente en la unidad específica sino que tenía un registro conductual inespecíficamente vulgar, como sorberse los mocos o hacer sopas con pan y leche en el desayuno. El

paciente fue conminado en varias ocasiones a comportarse específicamente pero fue incapaz, a pesar de que recibió varias clases de DBT. Mientras que desde la Unidad específica hablan abiertamente de “sabotaje”, la psiquiatra derivante ha declarado: “se siente, carta en la mesa..., presa”.

#### PELIRROJOS EN PARO, ZURDOS CORREGIDOS ANTES DE LOS SIETE AÑOS Y PORTADORES DE BRACKETS PAGARÁN MENOS EN LOS CONGRESOS DE LA AEN

**La medida ha sido impulsada por la Sección de Derechos Humanos.**  
**Feliciana Crespiny. Redacción del Panóptico. Madrid.**

La Junta de la Asociación Española de Neuropsiquiatría ha admitido la propuesta de la Sección de Derechos Humanos de que pelirrojos en paro, zurdos corregidos y portadores de brackets tengan descuentos en las cuotas de inscripción de congresos y jornadas, tanto de ámbito nacional como autonómico. Así mismo, se seguirán manteniendo las cuotas diferenciadas para profesionales médicos/no médicos, socio/no socios y profesionales en formación/formados lo que establece un total 96 combinaciones posibles. La AEN editara un sencillo manual explicativo para que cada profesional y laboratorio sepa lo que tiene que pagar. Así por ejemplo a un no psiquiatra, socio, en formación, zurdo corregido y portador de brackets le saldrá a devolver.

#### DESCUBREN QUE EL VERDADERO AUTOR DEL CASO ANNA O ERA UN HOMBRE APELLIDADO LÓPEZ.

**La noticia se desveló en el VIII Congreso Nacional de Trastornos de la personalidad.**  
**John Bush. Redacción del Panóptico. Madrid.**

Los participantes en el VIII Congreso Nacional de Trastornos de Personalidad celebrado en Madrid el pasado mes de Junio fueron los primeros en conocer la primicia. El caso de Anna O, uno de los casos emblemáticos que aparecen en el tratado Estudios sobre la histeria que publicaron Josef Breuer y Sigmund Freud en 1895, no era suyo. Psiquiatras del Hospital Clínico San Carlos han descubierto que el verdadero autor era un señor llamado López. Al parecer López se inventó el caso hace un año y lo colgó en una página de Facebook bajo el seudónimo de Anna O, mientras que en el Twitter se hacía pasar por Bertha Pappenheim. López declaró que no lo había desvelado antes para no desilusionar a los psicoanalistas y porque él es “de natural modesto”. “Me lo inventé todo para hacer amigos en Facebook y en el Twitter porque cuando uno llega a la cúspide se siente solo”, confiesa López. Las fuentes de inspiración para escribir el caso fueron meramente autobiográficas: una tos nerviosa que le acompañó durante la infancia, los libros de sexualidad de su padre y las chimeneas de las casas solariegas de su juventud. De momento López no ha pensado en denunciar ni a Breuer ni a Freud por plagio, ya que sus intereses actuales están centrados en patentar un método catártico para memorizar el apellido del nuevo Consejero de Sanidad.

#### NOTICIAS BREVES

Redacción del Panóptico. Madrid

- **Ensalada de palabras.** *En la fundación comunidad de Madrid despide con la política sanitaria y con manantial de actitudes de lavado de cara privatizadora a profesionales críticos del partido popular deficientes frente a condiciones laborales e incluso asistenciales.*
- **Reciclaje.** *Una psicóloga clínica acusada de malversación de caudales públicos al no reciclar los Kleenex de su consulta. Se descubre que ofrecía Kleenex nuevos a todos los pacientes. La psicóloga justifica su antisocial conducta alegando que se los llevaba de su casa.*
- **Colapso en la ventanilla de citaciones.** *Una mujer que había sido derivada a salud mental colapsó durante más de tres horas la ventanilla de citaciones de un Centro de Salud porque no se decidía sobre qué profesional elegir. Finalmente lo eligió al pinto pinto gorgorito.*

- **Despidos en rehabilitación.** *Despiden a dos psicólogos de rehabilitación por no rebañar el plato en la celebración navideña. La conducta fue tachada de deslealtad por la empresa.*
- **Unidad específica sorpresa.** *Abren una Unidad Específica para trastornos mentales cuya especificidad será sorpresa. La unidad no dirá para que sirve y los profesionales que deriven los pacientes tendrán que acertar con los criterios de derivación. No habrá pistas porque si no sería muy fácil.*
- **Metafísica y agenda electrónica.** *Un congreso de metafísica que se celebra en Don Benito intenta delimitar ontológicamente el concepto de “nueva evaluación” en la agenda electrónica de salud mental. Las discusiones no lograron aclarar si lo universales existen independientemente de los particulares que los ejemplifican (punto de vista platónico) o bien si solo existen dentro de dichos particulares (punto de vista aristotélico).*
- **Primeros brotes.** *Un joven afecto de un primer episodio psicótico engaña a su psiquiatra diciéndole que en realidad es el segundo episodio para que le dejen en paz. El paciente asegura que ya se sabía las clases de psicótico y que tenía que trabajar.*
- **Déficit de atención al adulto.** *Casi el 80 % de los pacientes que consultan en un CSM padecen de déficit de atención al adulto. No prestar atención al adulto puede deberse a una hiperactividad obligada por la agenda o a una hipoactividad por escaqueo. No mejora con precursores anfetamínicos.*
- **Declaraciones del presidente de la AMSM.** *El Presidente de la AMSM ha declarado lo siguiente: “una cosa son mis ideas y otras donde paso las vacaciones” y “las cosas que digo en casa son distintas a las que digo en el NH”. Añadió: “Helsinki es la capital de Finlandia”*
- **Felicitaciones.** *La Sección de Pádel de la AMSM felicita a los socios de la madrileña que han contraído enlace matrimonial o algún otro tipo de contrato más o menos legal relacionado, durante el periodo de vigencia del presente boletín (e incluso antes, o hasta aún en proyecto, y/o solter@s) y les invita a pedir información sobre los próximos torneos previstos, para participar por parejas y ampliar las filas de esta Sección clandestina, que tan injustamente se ha visto obligada a mantener su historia oculta en nuestra asociación.*
- **Seguimiento de las bajas de profesionales de salud mental.** *Las autoridades políticas y sanitarias de la Comunidad de Madrid han manifestado estar prestando especial atención a la conflictividad laboral y bajas laborales entre los profesionales de Salud Mental, dado que han encontrado una posible asociación estadísticamente significativa entre el elevado número de bajas por hernias de distinto tipo y la duración e intensidad del mantenimiento del puño en alto entre algunos miembros de este colectivo.*
- **Consejero de Sanidad.** *Fernández Lasquetty desmiente que vaya a cambiar sus apellidos.*

## SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

D. \_\_\_\_\_  
profesional de la Salud Mental, con título de \_\_\_\_\_  
y con domicilio en \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_ D.P. \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Centro de trabajo \_\_\_\_\_

Dirección Centro \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A. E. N. de la Autonomía

correspondiente, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D. \_\_\_\_\_  
D. \_\_\_\_\_

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Asamblea General de socios.  
La suscripción de la Revista de la AEN está incluida en la cuota de Asociado.

### DATOS BANCARIOS

BANCO/CAJA DE AHORROS \_\_\_\_\_

Nº CUENTA: Entidad Sucursal D. C. Nº cuenta (20 dígitos):

\_\_\_\_\_

Firma solicitante



**n( )tas**

