

# ANUARIO DE PSICOLOXÍA E SAÚDE

Nº **16**

Revista Oficial da  
Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG



## INICIOS

HDDIX/YAM

ATENCIÓN PRIMARIA

SUICIDIO

REHABILITACIÓN  
PSICOSOCIAL

SENFOGARISMO

Nº16

REVISTA OFICIAL DA SECCIÓN DE  
PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG

CONSELLO EDITORIAL

**Xacobe Abel Fernández García** / Presidente

**Paula Marcos Carregal** / Vicepresidenta

**María Villarino González** / Secretaria

**Eduardo Martínez Lamosa** / Tesoureiro

**Paula Cid Gutiérrez** / Vogal

**María Salomé Botana Martínez** / Vogal

CONSELLO DE REDACCIÓN

**Mª Gabriela Domínguez Martínez** / Directora  
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN PONTEVEDRA

**Noelia Pita Fernández**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE FERROL

**Paula Rodríguez Vázquez**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE VIGO

**Laura Sotelo Estévez**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA – O SALNÉS

**Aislinn García Hermo**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. ACLAD CORUÑA

[anuario@copgalicia.gal](mailto:anuario@copgalicia.gal)

EDITA

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia  
Espiñeira, 10 baixo  
15706 Santiago de Compostela

T. 981 534 049 | Fax. 981 534 983

[www.copgalicia.gal](http://www.copgalicia.gal) | [copgalicia@copgalicia.gal](mailto:copgalicia@copgalicia.gal)

DESEÑO E MAQUETACIÓN – Laura Decibreiro

IMAXE DE PORTADA – Mugil Chakkra / Pexels

ISSN: 2444-6653

Revista indexada en Latindex  
<https://www.latindex.org/latindex/ficha/22303>

Novembro, 2023

Depósito Legal: C 1615-2019  
<https://copgalicia.gal/seccions/psicologia-e-saude/publicacions>

---

O Consello Editorial e o Consello de Redacción non se fan responsables das opinións verquidas nos artigos publicados

As opinións expresadas na Presentación son responsabilidade do Consello de Redacción

APUNTAMENTO

A preferencia de idioma no orixinal de cada artigo foi determinada polo/a seu/súa autor/a, coa tradución do Consello de Redacción e revisión do COPG

# SUMARIO

- 04 ——— PRESENTACIÓN  
M<sup>a</sup> Gabriela Domínguez Martínez
- 06 ——— HDDIX/YAM / DO HOSPITAL DE DÍA INFANTO-XUVENIL AO PROGRAMA YAM, CONSTRUÍNDO E DECONSTRUÍNDO ESPAZOS  
Melania Beceiro Rico + Laura María Vigo Santamariña
- 22 ——— ATENCIÓN PRIMARIA / PSICOLOXÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA NO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE: REFLEXIÓNS TRAS DOUS ANOS DE EXPERIENCIA  
Lidia Sánchez Edreira + Luis Rodríguez Recarey + Mónica Santos Rivas+ Patricia Vázquez Batán + Casilda M. Oujo Fernández + Alicia Carballal Fernández
- 34 ——— SUICIDIO / OS INICIOS DUNHA UNIDADE, PÚBLICA E SANITARIA, DE PREVENCIÓN DO SUICIDIO  
José Eduardo Rodríguez Otero
- 50 ——— REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL/ REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL A TRAVÉS DA CREATIVIDADE E DO EMPREGO PARA PERSOAS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMIDADE MENTAL GRAVE. DOS COMEZOS DO PROXECTO ATA DÍA DE HOXE  
Participantes de Andaina PSM + María López Piñeiro + Equipo de profesionais de Andaina PSM
- 62 ——— SENFOGARISMO / INTERVENCIÓN SOCIAL EN SENFOGARISMO. MARCO CONCEPTUAL BÁSICO E LIÑAS DE ACTUACIÓN  
Pablo Sánchez Ferreira
- 81 ——— **ANUARIO ABERTO**
- 82 ——— **ARTIGO LIBRE** / BUSCANDO SENTIDO E SEGURIDADE A TRAVÉS DUN GRUPO VINCULAR – Gloria Alonso Toribio + Carlos Díaz Marcelo + Laura Ciudad Gallardo + Rocío López Díaz + Elena Gómez de Agüero Ortíz
- 90 ——— **PÓSTER** / TERAPIA NARRATIVA COMO RECURSO PARA O TRATAMENTO DA DEPRESIÓN E A CONDUTA SUICIDA DURANTE A ADOLESCENCIA: RELATO DUN CASO  
María Salomé Botana Martínez

*O importante é empezar, xa  
haberá tempo de pensar nos  
detalles!*

*Todas as cousas son xa ditas,  
pero como ninguén escoita, hai  
que volver a empezar sempre.*

# PRESENTACIÓN

**M<sup>a</sup> Gabriela Domínguez Martínez**

*Directora do Consello de Redacción*

*Psicóloga Clínica.*

*Práctica privada en Pontevedra*

**[gabriela.dominguezmartinez@gmail.com](mailto:gabriela.dominguezmartinez@gmail.com)**

Tras cada publicación, quen marca oficialmente o inicio da seguinte é a nosa compañeira Noelia que, tras a reunión que temos para decidir temas, cambia a icona do noso grupo de WhatsApp cunha imaxe que reflicte o tema escollido. É un bo inicio, marca o peche dun proceso anterior e o comezo do seguinte. Podería semellar que o que facemos é continuar, pero cada vez é un novo arranque que comezamos con curiosidade, ganas, expectación, incertezas, inconvenientes, oportunidades. Todo comezo ten o seu encanto.

Os inicios son momentos delicados, pero non sempre debemos esperar a que as condicións sexan as idóneas para empezar. Ás veces, o mero feito de comezar xa fai que calquera condición sexa perfecta. E baixo esta premisa argallamos este número que xira en torno ao tema **dos inicios**. Unha vez escollido o tema, toca propoñer artigos e articulistas. Hai quen di que «canta máis confianza, mellor capacidade de persuasión», pero tamén de sinceridade no rexeitamento. Non sempre é doado iniciar o *Anuario*; hai inconvenientes, contratempos e negativas que fan que, para poder seguir, teñamos que empezar de novo. Cando pensamos nun artigo tamén temos que contemplar que «se sae, sae; se non sae, hai que volver a empezar a pensar ideas... todo o demais son fantasías».

Parte das ideas xurdiron pensando nos novos programas que se estaban desenvolvendo na nosa comunidade coa posta en marcha do «Plan de Saúde Mental de Galicia Poscovid-19 para o período 2020-2024».

Considerando isto, abrimos o *Anuario* co artigo de Melania Beceiro Rico (Psicóloga Clínica) e Laura Vigo Santamariña (Médico Psiquiatra), *Do Hospital de Día Infanto-Xuvenil ao Programa YAM, construíndo e deconstruíndo espazos*, un fermoso artigo no que mesturan aspectos persoais (dúas amigas que se reencontran tras o paso dos anos) co laboral e experiencial.

O seguinte artigo vén da man dos Psicólogos Clínicos Lidia Sánchez Edreira, Luis Rodrí-

guez Recarey, Mónica Santos Rivas, Patricia Vázquez Batán, Casilda M. Oujo Fernández e Alicia Carballal Fernández; co seu artigo *Psicología Clínica en Atención Primaria no Servizo Galego de Saúde: Reflexións tras dous anos de experiencia*. Estas reflexións poñen en valor a importancia da atención desde o primario como preventivo e fundamental; falando da implementación do programa, das dificultades e esperanzas en cada área, e do común dun modelo de traballo colaborativo, coordinado, breve e focalizado.

Continuamos co artigo de José Eduardo Rodríguez Otero (Psicólogo clínico), *Os inicios dunha unidade, pública e sanitaria, de prevención do suicidio*. Trátase dun artigo sincero sobre a posta en marcha do proxecto, con viñetas clínicas e vivencias persoais; que fala tamén da toma de decisións, do que se quere e non se quere, os aspectos éticos, os referentes, a autocrítica e o «pararse para continuar».

O equipo e usuarios de Andaina PSM, coordinados pola psicóloga sanitaria María López Piñeiro, co seu artigo *Rehabilitación Psicosocial a través da creatividade e o emprego para persoas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave. Dos comezos do proxecto ata o día de hoxe*; fan un percorrido do traballo con persoas con TMG desde a súa asociación, que parte do xa feito para chegar ao novidoso. De continuar a vida iniciando proxectos persoais e facilitando o laboral. Todo isto fano incluíndo relatos en primeira persoa.

Pechamos a parte do monográfico co artigo de Pablo Sánchez Ferreira (Traballador Social), *Intervención social no Senfogarismo. Marco conceptual básico e liñas de actuación*. Un artigo moi interesante no que se definen aspectos relacionados co senfogarismo para comprender todo o que implica e como se chega a esta condición desde os inicios, facendo unha proposta metodolóxica propia a partir da súa experiencia. O inicio dunha proposta metodolóxica sen cambiar de escenario, pero abrindo máis os ollos para actuar desde o básico e fundamental,

como é o trinomio saúde-aloxamento-recursos económicos.

A parte do Anuario Aberto confórmana o artigo libre *Buscando sentido e seguridade a través dun grupo vincular*, de Gloria Alonso Toribio (PIR), Carlos Díaz Marcelo (Psicólogo Clínico), Laura Ciudad Gallardo (Terapeuta ocupacional), Rocío López Díaz (Psicóloga Clínica) e Elena Gómez de Agüero Ortíz (PIR); e o póster premiado nas pasadas Xornadas da Sección de Psicología e Saúde do COPG, *Terapia narrativa como recurso para o tratamento da depresión e da conduta suicida durante a adolescencia: relato dun caso*, de María Salomé Botana Martínez (Psicóloga Clínica).

E pecho (que non inicio), como cada ano, agradecendo e dando os parabéns ás miñas compañeiras de equipo pola súa implicación, o seu traballo e compromiso; así como ás autoras e aos autores dos artigos, que tan ben o fixeron, e ás compañeiras do COPG.

Agardamos que vos quede un bo sabor de boca coa lectura!

# USM-IX/YAM

## DO HOSPITAL DE DÍA INFANTO-XUVENIL AO PROGRAMA YAM, CONSTRUÍNDO E DECONSTRUÍNDO ESPAZOS

**Melania Beceiro Rico**

*Psicóloga Clínica na USM-IX da Área Sanitaria  
de Ferrol*

[melania.beceiro.rico@sergas.es](mailto:melania.beceiro.rico@sergas.es)

**Laura María Vigo Santamariña**

*Médico Psiquiatra, Coordinadora na USM-IX da  
Área Sanitaria da Coruña e Cee*

[laura.maria.vigo.santamarina@sergas.es](mailto:laura.maria.vigo.santamarina@sergas.es)

SUMARIO

CASTELÁN

## RESUMO

Neste artigo imos falar sobre dous modelos diferentes de intervención na poboación infanto-xuvenil que poden resultar complementarios e que parten de filosofías diferentes. Relataremos a nosa experiencia, a de dúas profesionais en saúde mental que no mesmo período de tempo están embarcadas na posta en marcha dun Hospital de Día Infanto-Xuvenil e na formación e implementación do programa YAM (*Youth Aware of Mental Health*). Dúas visións distintas sobre como axudar aos mozos. Participar á vez en ambos proxectos supuxo para nós a posibilidade de formularnos certos aspectos da nosa forma de traballar que tentamos plasmar neste artigo. Desenvolveremos inicialmente a posta en marcha do que sería o noso Hospital de Día Infanto-Xuvenil ideal para, máis tarde, relatar como foi a nosa experiencia na formación YAM.

**PALABRAS CHAVE** — Hospital de Día Infanto-Xuvenil, Programa YAM, Saúde Mental Infanto-Xuvenil, Adolescentes, Prevención do Suicidio.

## ABSTRACT

On this paper we are going to discuss two different intervention models focused on the child and adolescent population. Both models have been shown effective and can be complementary although the approach differs completely from one to another. We will relate our personal experience as health care professionals working with children and adolescents in different mental health units. The aim of this paper is to narrate in first person the hopes and the struggles of two people initiating two projects. The beginning of a Day care hospital for children and adolescents and the implementation of the YAM program (*Youth Aware of Mental Health*). Two different perspectives on how to help young people. Participating in both projects at the same time have led to some reflections on our own way of working with children and adolescents trying to apply the positive aspects of both approaches in our day to day work. We will discuss first the development of what for us would be the “Perfect day care hospital” for later on develop on more deep how was the YAM training to become instructors.

**KEY WORDS** — Child and Adolescent Day Care Hospital, YAM Program, Child and Adolescent Mental Health, Young People, Suicide Prevention.

Ás veces a vida faiche un agasallo, nós somos tan afortunadas que recibimos dous en pouco tempo e decidimos aproveitálos.

Coñecémonos fai uns cantos anos sendo residentes de Saúde Mental en Compostela, unha de nós da especialidade de Psiquiatría, a outra de Psicoloxía Clínica. Compostela é un lugar especial para iniciarse nestas andanzas e, polo que sexa, a forma na que calou en nós esa formación foi deixándonos claro que, nisto da Saúde Mental, ou todos arrimamos o ombreiro ou non hai maneira de axudar ao que está a sufrir (posiblemente non sexa a mellor definición de multidisciplinariedade, pero, para o caso, válenos). No Hospital Clínico Universitario de Santiago aprendemos, practicamos, compartimos nervios e inseguridades de residentes... e na zona vella da cidade deixamos que todo iso se maridase con certas bebidas fermentadas. Sexa como sexa xa se plantou unha semente en nós que guiaría as nosas futuras decisións profesionais.

A parte máis psiquiátrica do noso tándem cruzou o mar e decidiu seguir aprendendo alí onde toman o té ás cinco. A parte máis psicolóxica quedou por estas lareiras e decidiu seguir aprendendo como as relacións humanas teñen o poder de reparar. E ambas as partes do tándem tivemos claro que son os nenos e adolescentes nosas persoas favoritas do mundo, aos que de verdade queríamos axudar.

E anos despois reencontrámonos na nosa cidade natal. Por suposto, primeiro tivo que ser no ámbito privado, o SERGAS púñanos moi difícil a incorporación. Cada unha de nós decidíramos formar unha familia aquí, rehabilitar unha pequena parte da nosa cidade para crear un fogar, e estabamos ilusionadas e dispostas a traballar duro.

Pero a COVID-19 cambiou o mundo... e a todos nós.

As emocións dos nosos nenos e adolescentes estaban desbordadas, había demasiado sufri-

mento, estaban a facerse dano, de súpeto o mundo era un lugar moi inseguro para vivir.

Así que agora o SERGAS necesitaba toda a axuda posible para poder atender a unha poboación asustada e danada por unha pandemia mundial. E especialmente aos nenos e adolescentes, unha parte terriblemente vulnerable ante a perda de referentes seguros.

Por tanto, nós acabamos traballando xuntas no Sistema Nacional de Saúde, na nosa cidade e coas nosas persoas favoritas no mundo. E todo isto ocorre nun momento no que imos contar con poucos recursos e moita demanda. Non pasa nada, levabamos anos preparándonos para isto.

Agora é cando aparecen os dous agasallos do destino:

Primeiro agasallo: desenvólvese o “Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19” o cal, citamos textualmente: “...establece para o período 2020-2024, 98 proxectos dirixidos á prevención da aparición de problemas de saúde mental na poboación galega e a establecer melloras na asistencia sociosanitaria ás persoas que padecen un trastorno mental”. Pois un deses proxectos é a creación de Hospitais de Día Infanto-Xuvenís en todas as áreas sanitarias de Galicia.

E aí estamos nós, dispostas a crear un espazo seguro e colector para os menores.

Segundo agasallo: o Dr. García Caballero (Psiquiatra, Doutor en Medicina, Coordinador de Programas de Prevención e Promoción da Saúde Mental no Servizo Galego de Saúde- Subdirección) xunto coa Consellería de Sanidade deciden traer a Galicia o programa YAM (*Youth Aware of Mental Health*), programa pioneiro na prevención do suicidio en adolescentes e que aínda non se implementou no noso país. Sobre este programa falaremos por extenso noutra parte deste artigo, por agora só necesitamos saber que os instrutores YAM deben acudir en parellas a diferentes institutos, con adolescentes de 3º da ESO e que a

filosofía da intervención se basea en crear espazos moi abertos para os mozos onde poidan opinar sen censura sobre saúde mental. Pois tivemos a sorte de ser seleccionadas para este primeiro grupo de profesionais que se formaron na metodoloxía YAM.

E aí estamos nós, dispostas a romper muros mentais e abrir espazos para os menores, onde poidan decidir como solucionar problemas da vida sen a visión constrinxida dos adultos.

Non vos parece unha fermosa dicotomía á que nos enfrontou o destino?

Por unha banda, debemos crear un espazo terapéutico para axudar aos menores a xestionar as súas emocións. Un espazo con límites claros e ben definidos que lles sirva de contedor ás súas psiques, as cales se desbordaron e xeraron moita dor aos nenos e ás súas familias. O noso labor aquí é ser ese referente seguro, tranquilo, contra o que poden abater todas as inseguridades e medos dos nosos nenos. Estaremos aí firmes e afectuosas para sostelos, sen ceder.

E, doutra banda, debemos acudir como convidadas a un espazo xa creado por outros. A aula dun instituto, un espazo cos seus propios límites e normas. Neste caso o noso labor vai ser tratar de cambiar eses límites, proporcionarlles un espazo grupal seguro, pero no que non se lles xulgue pola súa opinión, no que poidan xogar a romper as normas establecidas. Acompañarémolos durante un tempo moi curto e definido nese marabilloso proceso que é a creación da propia identidade a partir do enfrontamento co *status quo*.

Seica non é este exactamente o debate ao que os pais se enfrontan durante o proceso de crianza?, cando conter ao meu fillo e cando potenciar a súa individualidade?, cando dicir-lle «isto non o podes facer» e cando dicir «podes facer o que che propoñas»?

Imaxinemos unha nena que di á súa nai, «mamá, quero voar».

Ás veces haberá que levantar a esa nena e facela voar. Pero outras veces teremos que dicirlle que o ser humano non ten ás.

Non existe unha fórmula matemática precisa para decidir cando toca levantala e cando limitala...esa é a maxia das relacións humanas e do proceso de crianza. O importante é o subxacente, unha sorte de equilibrio entre dar ás imaxinarias que permitan aos nenos experimentar, e dar seguridade e consolo, que permita aos nenos poder aceptar límites.

Pois como iamos dicindo, nós tivemos a fortuna de desenvolver profesionalmente ambos proxectos case á vez. Imos explicar agora en que está a consistir exactamente cada un deles.

## CONSTRUÍNDO ESPAZOS, HOSPITAL DE DÍA INFANTO- XUVENIL

Os novos proxectos sempre xeran, polo menos no noso caso, unha tremenda ambivalencia. Por unha banda, a ilusión de mellorar a calidade asistencial nos rapaces, pero, doutra banda, a responsabilidade de levalo a cabo de maneira competente. Cando se presenta esta oportunidade nós tiñamos en mente como debería de ser o Hospital de Día “perfecto”. Cantos despachos, cantas salas de terapia, profesionais... con todo, a perfección choca coa realidade cando te dás conta de que os nosos recursos son limitados e que vas ter que loitar por cada sala, por cada despacho e por cada profesional implicado. Unha dáse tamén conta de que as loitas compartidas son menos loitas, sobre todo, cando compartes ideais coa túa compañeira de batallas. E así se inicia este plan funcional onde se envorcan todas as nosas inquietudes.

A historia da Hospitalización Parcial infanto-xuvenil é relativamente recente, sendo en 1943 o ano no que se inaugura en Estados

Unidos o primeiro Hospital de Día destinado a esta poboación. Coa creación destes recursos perseguíase a desinstitucionalización dos pacientes, así como a de prover un servizo ambulatorio que ofertase un tratamento intensivo e estruturado durante unha parte do día, pero menos disruptivo que unha hospitalización a tempo completo (Granello, Granello & Lee, 2000; Kiser, 1991; Leffler & Frazier, 2022). Varios estudos demostran a efectividade dos programas de Hospitalización Parcial (Balvardi et al., 2022; Kiser, Culhane & Hadley, 1995; Thun-Hohenstein, Weltjen, Kunas, Winkler & Fritz, 2021).

Os Hospitais de Día enténdense como dispositivos que perseguen mellorar a calidade de vida dos pacientes, diminuír o seu sufrimento e o das súas familias, e integrar unha acción coordinada con outros dispositivos ambulatorios. Así mesmo buscan manter os vínculos que unen aos pacientes cos seus pais ou cuidadores, amigos, profesores e, en xeral, a comunidade.

Entre as principais vantaxes dos Hospitais de día atópanse (Leffler & Frazier, 2022):

- Actuar sobre o cadro clínico, buscando como obxectivo terapéutico a desaparición, melloría ou minimización do impacto dos síntomas na vida do paciente, mantendo o contacto coa súa familia.
- Compartir coa familia, moitas veces desbordada, a responsabilidade sobre o paciente, á vez que se buscan e apréndense novos patróns de interacción.
- Evitar os efectos, en ocasións, iatroxénicos que supoñen unha hospitalización a tempo completo e diminuír a estigmatización da mesma.
- Permitir ao paciente manter o seu grupo de apoio social e a súa vinculación a actividades extraescolares percibidas como practiceiras.
- Permitir flexibilizar o tratamento en función do grao de integración do paciente

ao medio escolar, gravidade dos síntomas e necesidades individualizadas.

- Realizar unha adecuada filiación dos casos máis complexos nun medio estruturado, pero sen illar ao paciente por completo do seu núcleo familiar.
- Ofrecer unha ampla variedade de recursos terapéuticos adaptados ás necesidades de cada paciente.

Con todo isto en mente, quedábanos planificar como conseguir os obxectivos principais, tendo en conta que a pesar de que a palabra Hospital pode levar a erro e suxire unha intervención lonxe da comunidade, a idea é todo o contrario: achegar ao paciente ao seu medio, mantendo aquelas partes que actúan como factores protectores e tratando de reparar esas que influencian negativamente no seu benestar mental.

E agora a parte máis técnica. O Hospital de Día “ideal” conta con despachos para psiquiatría, psicoloxía clínica, residente (MIR/PIR/EIR) e control de enfermaría (con visión a ambas as salas comúns). Un dos despachos poderase empregar como sala de reunións que se levarán a cabo de maneira diaria á primeira hora da mañá. O obxectivo das reunións será comentar novas derivacións e plans de tratamento dos pacientes ingresados, así como comentar evolución e complicacións no manexo dos pacientes ou familiares.

Hase de poder contar con polo menos dúas salas de actividades/comedor: unha sala polivalente /comedor que conte con zona de repouso na que os pacientes con TCA poidan repousar tras as comidas; e unha sala de xogos/estudo. En ambas salas organizaranse os distintos talleres e actividades grupais, así como a actividade académica dos pacientes.

Débese contar tamén cunha aula con distintas zonas de traballo, unha zona de lectura, unha zona de consulta onde se atopen os computadores e tamén unha zona de mesas nas que os pacientes poidan levar a cabo de maneira



Foto: Ray Piedra

individual ou grupal traballos establecidos polo profesor. A actividade académica será establecida de maneira individualizada polo profesor para cada neno en función das súas necesidades e establecerase unha franxa horaria para levar a cabo actividades escolares. Paralelamente, noutra sala levarase a cabo outra actividade destinada a aqueles pacientes maiores de 16 anos xa desvinculados do colexio ou para aqueles pacientes que, pola gravidade dos síntomas, non poidan levar a cabo dita actividade.

Os lavabos han de estar pechados con chave e non han de poder pecharse desde dentro por motivos de seguridade.

A zona de billeteiras situarase á entrada do hospital de día e alí depositaranse as distintas pertenzas dos pacientes que non estean auto-

rizadas dentro do Hospital e o material escolar de cada un.

A sala de reflexión ou de *time out* será unha sala acolchada, sen mobles, salvo algún colchón ou *puff* onde os pacientes de maneira segura poidan ser manexados cando presentan estados de importante ansiedade ou axitación.

Todas as semanas, os luns discutiránse as novas derivacións a Hospital de Día. En función da gravidade dos síntomas decidirase se o ingreso é máis ou menos urxente e aqueles casos que cumpran criterios de ingreso, pero non de maneira urxente, engadiránse á lista de espera do Hospital de Día. Aqueles casos dúbidosos serán valorados nunha primeira entrevista por algún dos profesionais do Hospital de Día o xoves pola mañá. Posteriormente, volverase

comentar o caso na reunión do luns, e así decidir o seu ingreso ou non.

No caso de que todas as prazas estean ocupadas e se valore risco importante para un paciente, proporase ingreso a tempo completo na unidade de hospitalización infanto-xuvenil ou se acordará asistencia diaria de maneira ambulatoria cos profesionais de Hospital de Día ata que poida ingresar e integrarse no programa completo. Aqueles pacientes ingresados na Unidade de Hospitalización serán vistos de maneira diaria por algún dos profesionais do Hospital de Día, quen asumirán devanditos pacientes.

Os novos ingresos entrarán ás 9:30 h. da mañá, sempre acompañados por un familiar directo ou un cuidador. A acollida será levada a cabo polo psicólogo clínico e o enfermeiro da unidade. Os pais e os pacientes menores de 16 anos han de asinar o consentimento informado do ingreso do menor. O psicólogo clínico e/ou o psiquiatra da unidade recollerán a historia clínica do paciente. O psiquiatra será encargado de realizar unha primeira exploración física, prescribir medicación e solicitar aquelas probas complementarias que sexan necesarias. A enfermeira da unidade explicará aos pais e ao paciente o funcionamento do Hospital de Día, horarios, normas de convivencia e motivos de expulsión deste. Ensinaralles tamén as instalacións.

Ao día seguinte do ingreso na reunión de equipo, discutirase o plan terapéutico do paciente, os obxectivos a cumprir e alertas de risco vinculadas ao paciente no caso de que houberse algunha (por exemplo, pacientes con risco autolítico).

Pero quen é candidato a Hospital de Día?

O novo do noso proxecto é que aquí se inclúen a mozos con idades de entre 12 e 17 anos. Como xa sabemos, en Galicia a partir dos 16 anos os adolescentes pasan ao servizo de adultos perdéndose a continuidade de tratamento nuns anos claves do desenvolvemento e no que

xorden unha parte importante dos Trastornos mentais na xente nova. O que sempre tivemos claro é que non podiamos deixar a este grupo de poboación sen recurso nunha etapa vital crítica para evitar a cronificación dalgúns trastornos mentais, sendo os criterios de inclusión:

- Presentar patoloxía psiquiátrica activa que non responde o tratamento ambulatorio, que precise un tratamento de maior intensidade e/ou contención dentro do ámbito da hospitalización a tempo parcial.
- Presentar unha dúbida diagnóstica ou un diagnóstico diferencial complicado en réxime ambulatorio.
- Presentar trastornos da conduta alimentaria con mala resposta ao tratamento ambulatorio ou como paso previo a control ambulatorio tras hospitalización en unidade específica.
- Presentar calquera patoloxía que xere un marcado deterioro do ambiente familiar, social ou escolar do menor.

Unha vez que temos establecidos os espazos e o funcionamento básico, debemos ter claras as necesidades humanas. O Hospital de Día ten un labor importantísimo a nivel rehabilitador e para iso necesitamos establecer un plan de actuación individualizado e centrado nas necesidades de cada paciente. Para poder facer isto fai falta un equipo, un equipo multidisciplinar e disposto a traballar con e para o paciente e todas as redes de apoio dispoñibles, reforzando lazos e minimizando o impacto da enfermidade mental na súa vida. A clave é normalizar e desestigmatizar.

O equipo estará formado por un psiquiatra, un psicólogo clínico, un profesor, un terapeuta ocupacional, un enfermeiro especialista en saúde mental e un traballador social.

O psiquiatra será parte activa do equipo multidisciplinar encargado do diagnóstico e adecuada filiación do paciente, formando parte do proceso de avaliación inicial do paciente e

decidindo xunto co resto do equipo a intervención máis adecuada a seguir.

Encargarase de pautar tratamento farmacolóxico naqueles casos que así o requiran e avaliar tolerancia, efectividade e efectos secundarios derivados do mesmo. Así mesmo, visitará de maneira diaria a todos os pacientes que se atopen con tratamento farmacolóxico decidindo os cambios pertinentes en función da evolución de cada neno.

Unha vez se procede ao ingreso, o psicólogo clínico decidirá o procedemento psicoterapéutico de cada paciente, así como que grupos ou talleres se adecúan mellor a cada individuo. Os pacientes que requiran de tratamento psicolóxico serán vistos de maneira individualizada cada día, revisándose os obxectivos pautados.

Así mesmo, o psicólogo clínico pasará aquelas escalas psicométricas que vexa necesarias para unha adecuada filiación do caso e tamén os cuestionarios no ingreso e a alta do paciente. É importante que, inicialmente, se pasen aquelas escalas que permitan determinar o nivel intelectual do paciente e a psicopatoloxía presente no momento do ingreso. Os cuestionarios levaranse a cabo ao ingreso e ao alta como dato obxectivo de melloría no estado clínico. En ocasións, tamén se decidirá se repetir algunha escala de avaliación se se cre necesario para ver evolución.

O profesor encargarse da recollida de información sobre o alumno, incluíndo entrevistas cos pais e tamén co centro escolar para programar obxectivos e tamén o proceso educativo unha vez se proceda ao alta do paciente. O profesor tamén ten un labor naqueles casos nos que os pacientes abandonasen os estudos achegando información das posibilidades da formación profesional ou da integración en actividades laborais en pacientes maiores de 16 anos con dificultades académicas.

Entre as funcións do terapeuta ocupacional atópanse a valoración funcional de cada

adolescente. Levar a cabo intervencións específicas para adquirir, recuperar ou mellorar competencias para realizar as actividades da vida diaria, mellorando a autonomía persoal. Dar educación para actividades de lecer e desenvolver aqueles intereses individuais de cada paciente centrados na súa vocación ou plan de futuro, así como informar e asesorar a familias, titores ou educadores dos nenos para levar a cabo modificacións no ámbito domiciliario.

Do mesmo xeito que o resto dos membros do equipo, enfermaría ten un papel clave non só na acollida do paciente, senón tamén ao longo de todo o ingreso de este, xa que será o encargado principal de controlar a inxesta alimentaria dos pacientes e normalizar hábitos, administrar medicación pautada e rexistrar efectos secundarios e controlar constantes vitais. Participará tamén en grupos psicoeducativos específicos.

Inicialmente, o traballador social terá unha entrevista de acollida co responsable do menor para definir o problema e clarificar a demanda. Recolleranse os datos sociofamiliares para poder elaborar un diagnóstico social, no que se determinen situacións de risco neste ámbito. Levará a cabo unha intervención social directa co paciente (entrevistas socioeducativas dirixidas a potenciar a autonomía nas actividades cotiás, traballo dirixido a orientar sobre as alternativas formativas e laborais, traballo dirixido a orientar sobre as actividades de lecer, seguimento da evolución da situación ou problema, seguimento da intervención global, visitas domiciliarias para intervir na situación sociofamiliar) e unha intervención social directa coa familia ou responsable do menor. Intervención dirixida a reforzar ou organizar as funcións parentais, ou axudar a crealas se non existen: diminución de situacións de risco social.



Foto: Thiago Matos

## DECONSTRUÍNDO ESPAZOS, O PROGRAMA YAM

A nosa aterraxe no programa YAM estivo rodeado de moita ilusión. Ambas tiñamos referencias de dito programa por artigos e formacións ás que acudiramos e o que sabiamos era que: tratábase dun programa que se implementaba nos institutos, de carácter preventivo, curto en duración e cuns resultados que nos tiñan expectantes: diminución do 50% en novos intentos de suicidio e en ideas suicidas!

Iso soaba case a fórmula máxica...e traballando con nenos e adolescentes, o uso da maxia sempre nos gustou un pouquiño.

Pensamos que é importante lembrar a situación na que se atopan os nosos menores. Pasaron case 3 anos desde o inicio da pandemia por COVID-19, pero as súas consecuencias aínda nos acompañan.

O 7 de abril do 2022, no marco do día da Saúde Mental, o Grupo de Traballo Multidisciplinar sobre Saúde Mental na Infancia e Adolescencia (ao que pertencen distintas asociacións de Pediatría e Saúde Mental Infanto-Xuvenil) elabora un comunicado no cal podemos ler os seguintes datos:

- Antes da pandemia a porcentaxe de menores con algunha patoloxía de Saúde Mental estaba entre un 10-20%.
- Despois da pandemia obsérvanse dúas fases: unha primeira de diminución de asistencia por parte de menores tanto a servizos de Urgencia como de Atención Primaria, e unha segunda fase cun importante incremento de demanda de atención en menores por problemas de saúde mental.
- Observan un incremento de ata o 47% en Trastorno Mental e do 59% en comportamentos suicidas en menores comparándoo con 2019.

- Na postpandemia fálannos de menores con máis ansiedade, máis síntomas depresivos, máis autolesiones e máis condutas suicidas.
- No comunicado titulan de forma textual un dos puntos da seguinte maneira: “casos máis graves, máis novos e máis hospitalizacións”.

E isto correspóndese coa nosa percepción na clínica diaria. Estamos a atoparnos a menores con elevados niveis de sufrimento e familias impotentes ante todo isto.

Tamén no ano 2022, desde a Consellería de Sanidade e en coordinación coa de Educación, se leva a cabo a actualización do “Protocolo de Prevención e Actuación nos ámbitos Sanitario e Educativo ante o Risco Suicida infanto-xuvenil”, creando unha vía rápida de derivación a Saúde Mental de menores que presentan risco suicida. Isto supón axilizar o contacto das familias coa atención especializada, e mellorar a coordinación entre o ámbito educativo e o sanitario. Créase ademais un programa especial “Código Agarimo”, dentro do sistema “Alerta Escolar” do 061 para a atención do risco suicida.

Para os profesionais das Unidades de Saúde Mental Infanto-Xuvenil supón reorganizar as nosas axendas, xa bastante saturadas -todo sexa dito-, para poder atender de forma adecuada esta demanda social que percibimos desde hai un tempo.

Traballar de maneira coordinada cos centros escolares é a única forma correcta de traballar, e “Código Agarimo” achega unha ferramenta nova para facelo. Encantaríanos poder dicir que estamos a sacar todo o proveito posible disto, pero os inicios nunca son fáciles. Con todo, podemos asegurar que a gran maioría os profesionais de diferentes ámbitos que traballamos con menores estamos preocupados e tratando de optimizar ao máximo as ferra-

mentas, escasas a maior parte do tempo, coas que contamos.

Pois en todo este contexto que vos acabamos de describir infórmasenos da oportunidade de formarnos na metodoloxía YAM e participar na posta en marcha deste programa en Galicia, primeira comunidade autónoma a nivel nacional en impulsar esta iniciativa.

Ser as primeiras en algo activa en nós diferentes emocións: ilusión, curiosidade, vertixe. A primeira fase á que nos enfrontamos é a de saber se seríamos elixidas ou non para formar parte deses 20 profesionais que conformarían o primeiro grupo YAM. Xa sabíamos varias cousas: que ese grupo inicial estaría composto por profesionais de diferentes disciplinas, como traballadores sociais, psiquiatras, orientadores, mestres, psicólogos clínicos; que despois dunha semana de formación teórica teríamos que implementar o aprendido en diferentes centros educativos; e que a formación sería en lingua inglesa (este último dato digamos que lle preocupou máis a unha de nós que á outra).

A realidade é que morriamos de ganas de poder asistir xuntas a esta formación e ser parte do grupo YAM.

E seleccionáronnos, xenial, nós valémolo!

Insisto en que unha de nós tivo que facer unha inmersión na lingua inglesa (desde aquí agradezo á miña *teacher* toda a súa dedicación), pero estabamos preparadas para retomar docencia xuntas, como hai 15 anos fixeramos nas aulas do CHUS.

O curso de formación comezou o 29 de maio do 2023 ás 9:00 h. da mañá en Santiago de Compostela. Así que ás 7:30 h. saímos da nosa cidade, compartindo coche, ilusión e algo de incerteza... como ía ser isto do YAM? Ao chegar vimos caras coñecidas que nos alegrou moito atopar e persoas que non coñeciamos

(por agora) pero coas que compartiríamos unha semana intensa.

Os docentes estaban reunidos na aula que tiñamos asignada e cunha puntualidade moi nórdica fixéronnos pasar co tempo suficiente para acomodarnos e comezar a formación ás 9:00 h. en punto. As cadeiras estaban dispostas en círculo (pánico escénico) e aos poucos fómonos sentando, entre saúdos, sorrisos e miradas cautelosas. Alí estabamos 20 profesionais feitos e dereitos sen saber moi ben de que ía esta formación e un pouco asustados.

Comezou o curso coa benvinda e presentación dos obxectivos do curso e dos docentes. E aquí temos que facer un paréntese para agradecer a todos e cada un deles a súa paciencia e profesionalidade: Sanna, Adriana, Niklas e Vladimir, moitísimas grazas por todo.

Tras esta presentación do curso tivo lugar a primeira actividade grupal. Poñémosvos en situación: todos sentados en círculo (pánico escénico), falando nun idioma que non é o materno para ningún (había suecos, italianos e galegos) e un a un tiñamos que falar sobre a nosa adolescencia, a roupa que vestíamos, o ídolo ao que admirabamos, onde pasabamos o tempo e como era o noso peiteado (pánico escénico). Podemos dicir que ese foi o principio dunha experiencia de aprendizaxe inmersiva. Volviamos ser adolescentes, inseguros, con medo a ser xulgados, sentindo que os demais o fan mellor ca ti... Pero nun ambiente de seguridade, con compañeiros estupendos e onde cada achega era valorada. Porque iso exactamente é o YAM: conseguir que un grupo de adolescentes poida falar e debater sobre temas que lles preocupan nun ambiente seguro e sen que a opinión do adulto teña máis valor que a súa, pero si colaborando con información veraz. Ninguén é experto, todos aprendemos a achegar e a valorar as achegas do outro.

Recomendamos encarecidamente a calquera profesional que traballe con nenos e ado-

lescentes pasar por unha experiencia similar, mesmo repétila de forma periódica.

A formación foi alternando de maneira moi acertada exposicións teóricas sobre o programa con exercicios prácticos.

As exposicións teóricas achegáronnos datos moi interesantes sobre o programa YAM:

- A intervención YAM está deseñada para promover o coñecemento sobre saúde mental, estilos de vida e comportamentos saudables entre os adolescentes.
- A todos os alumnos entregaráselles un folleto educativo e de sensibilización personalizado que abarca seis temas específicos relacionados con: concienciación sobre a saúde mental e as condutas de risco/saúde, consellos de autoaxuda, tensión e crise, depresión e pensamentos suicidas, axudando a un amigo con problemas, e obter asesoramento: a quen contactar. O folleto tamén inclúe números de teléfono e direccións de correo electrónico de centros de saúde locais, asociacións, grupos para mozos e outro tipo de recursos no caso de que os alumnos desexen buscar axuda.
- Unha vez iniciada a intervención cólganse seis carteis na aula que cobren o seis temas clave, igual que nos folletos.
- As sesións máis teóricas combínanse con sesións de dilemas e xogos de roles, e abordan os seis temas antes mencionados, que os adolescentes poden atopar de novo nos folletos repartidos ou nos pósteres.
- En canto á efectividade do programa faláronnos sobre o proxecto Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE). SEYLE é un ensaio controlado aleatorio (ECA) cuxo obxectivo é promover a saúde mental e os estilos de vida saudables, á vez que prevén a psicopatoloxía e os comportamentos suicidas entre os adolescentes. Os datos epidemiolóxicos son de 11.110 alumnos do grupo de idade de 14 a 16 anos, recrutados en 168 escolas de 10 paí-

ses da Unión Europea. O proxecto compara a efectividade de tres intervencións, baseadas en tres estratexias preventivas específicas dirixidas a: 1) mestres e persoal escolar, 2) profesionais e 3) alumnos, en comparación cun grupo de control. A intervención de apoderamento dos alumnos, chamada Youth Aware of Mental Health (YAM) mostrou resultados significativos na prevención de novos casos de intentos de suicidio, ideación suicida grave con plans e depresión. Observouse unha redución de máis do 50% dos casos de intentos de suicidio e dos casos de ideación e plans suicidas graves, así como unha redución significativa do 30% dos casos con depresión moderada a severa (Wasserman, 2016). Podemos concluír que é efectiva.

Aos poucos faciámonos unha idea de en que consistía este programa e do experiencial que ía resultar esta semana da nosa vida.

Ademais de aprender toda a parte teórica, entender os estudos previos que deron lugar ao YAM, o contido e a estrutura das sesións, tiñamos que converternos en adolescentes e vivir en primeira persoa a experiencia YAM (e en inglés, para máis inri).

Os instrutores indicáronnos que cando chascaban os dedos nós convertíamnos en adolescentes e ata que repetían o chasquido non podíamos abandonar o noso papel de mozos de 15 anos. Foi tremendamente interesante ver que tipo de adolescente elixíamos, imaxinádevos a de información sobre nós mesmos que envorcamos aí. Porque nas pausas de café todos recoñeciamos que non era nosa versión real de adolescente a que estaba nese curso, era o noso adolescente imaxinado. Así que un grupo de adultos que traballamos con menores tiñamos que traer ao presente nosa representación de adolescente e interactuar en grupo co resto das representacións dos compañeiros. Folga dicir que gozamos moitísimo con esta



Foto: Aidan Roof

experiencia. Repetiríamola agora mesmo sen dubidalo.

E unha vez superada a parte teórica tocábanos realizar a parte práctica nun Centro de Educación Secundaria (pánico escénico). Creo que os que estamos afeitos a traballar no ambiente hospitalario sentímonos máis perdidos nunha aula. Se nos desposúe da “bata branca” (aínda que a maioría traballamos sen ela) e temos que mobilizar outros recursos e ferramentas.

De novo tócanos viaxar acompañadas das nosas ilusións e temores para levar todo isto que aprendemos e compartimos en formato comprimido ao longo dunha semana, a un instituto real, con adolescentes reais no seu ambiente real (pánico escénico).

Ao chegar, día de choiva de mediados de xuño, o director do centro recíbenos dándonos a benvida e compartindo connosco a opinión de que o tándem saúde mental-educación é importante e necesario. Non podemos estar máis de acordo, para mostra un botón.

Temos algo máis dunha hora para preparar a aula, colgar os pósteres, pór a presentación e cociñar a lume lento toda a nosa ansiedade anticipatoria. Tomámonos un café con petisco na cafetería do instituto (prezos inigualables) que nos axuda a activar todos os nosos recordos adolescentes. Case cremos ter que volver estudar para o parcial de matemáticas.

Volvemos á aula e aos poucos minutos chegan os mozos e mozas que van ser o primeiro grupo de España en recibir a formación YAM (pánico escénico). Só podemos dicir que nolo puxeron moi fácil e que foi un pracer poder traballar con eles, por algo dicíamos que os nenos e adolescentes son as nosas persoas favoritas do mundo. Mostráronse tímidos, pero colaboradores, saben dos quebrantos do amor e do desconsolo porque son parte da súa vida e saben como chamarlle estrés e depresión cando toca, son listos e temos a obrigaón e o deber de coidalos e de respectalos. Esque-

ceránsenos os seus nomes, pero nunca nos esqueceremos deles, o noso primeiro grupo YAM.

E por agora só podemos contarvos isto, aínda estamos a dar os primeiros pasos na implantación deste programa, pero esperamos poder formar parte da familia YAM moito tempo.

## CONCLUSIÓN: ENTRE CONSTRUIR E DECONSTRUIR SEGUIMOS TRABALLANDO

Ante todo, temos que mostrar o noso agradecemento, xa que non todos os días tense a oportunidade de iniciar tantos proxectos novos e que cremos marcarán un antes e un despois na saúde mental infanto-xuvenil. Con isto dito, o noso espírito combativo non nos permite manernos caladas ante certas carencias e dificultades. Quizais o máis reseñable é a falta de recursos. Paradoxalmente o aumento de demanda non se acompañou cun aumento de recursos da mesma magnitude, o que dificulta manter a motivación ante a sobrecarga asistencial actual. Isto foi e é, a laxa que máis nos pesa. Hai grandes proxectos en Saúde Mental que acaban truncados (ou que nin se queira inicianse) por este motivo.

Tras esta pequena reflexión volvemos ao positivo (é o noso estilo). Estes dous proxectos que esperamos desenvolver nos anos futuros conseguiron dicotomizar a nosa visión da saúde mental nos mozos, estendendo a mesma á nosa práctica clínica. Por unha banda, aprendemos que ás veces a mellor terapia é unha escoita activa e mesmo provocar o pensamento diverxente. Asumimos que non o sabemos todo e que, día a día, os nenos e adolescentes séguennos ensinando. Convidar ao menor a pensar e a expresar as súas ideas, aínda que non sexan as nosas, respectalo e fomentar o seu pensamento crítico é a maneira de tratalo

con respecto e axudalo no seu desenvolvemento. Doutra banda, entendemos a vulnerabilidade e fragilidade das mentes dos mozos e a súa necesidade de crear espazos contedores, e como unha paciente unha vez díxonos: «son un cubito de xeo derretido, o único que preciso é unha cubeta». Encantounos esta metáfora e entendemos que, en ocasións, os nosos menores necesitan que sexamos esas cubetas de xeo, que cremos límites seguros nos que poidan recomporse, pasar dun estado líquido, desorganizado e disperso, a un estado sólido, integrado e emocionalmente máis estable.

Mantemos o noso optimismo de sempre e seguiremos loitando e gozando co noso traballo.

## BIBLIOGRAFÍA

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. (2022, 29 abril). La pandemia ha provocado un aumento de hasta el 47% en los trastornos de salud mental de los menores. [Comunicado del Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia]. [https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/np\\_salud\\_mental\\_infancia\\_y\\_adolescencia.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/np_salud_mental_infancia_y_adolescencia.pdf)

Balvardi, S., Rahbari, N., Jolicoeur-Martineau, A., Rudy, L., Arnovitz, M., Laplante, D. P., Brown, M., Habib, P., Zelkowitz, P., Guzder, J., & Wazana, A. D. (2022). Effectiveness and Predictors of Outcomes in a Psychiatric Day Treatment Program for Elementary-Age. *Canadian journal of psychiatry*, *67*(4), 268–279. <https://doi.org/10.1177/07067437211000627>

Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J., & Burns, D. D. (2004). Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: challenges for the delivery of care. *Clinical psychology review*, *24*(5), 583–616. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.06.001>

Ezpeleta, L., Keeler, G., Erkanli, A., Costello, E. J., & Angold, A. (2001). Epidemiology of psychiatric disability in childhood and adolescence. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *42*(7), 901–914. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00786>

Fiona M Gore; Paul JN Bloem; George C Patton; Jane Ferguson; Véronique Joseph; Carolyn Coffey; Susan M Sawyer; Colin D Mathers (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic análisis. *Lancet*, *377*(9783), 2093–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60512-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60512-6)

Goodman R, Scott S. (2012). Epidemiology. *Child and Adolescent Psychiatry*. Wiley-Blackwell.

Granello, D. H., Granello, P. F., & Lee, F. (2000). Measuring treatment outcome in a child and adolescent partial hospitalization program. *Administration and policy in mental health*, *27*(6), 409–422. <https://doi.org/10.1023/a:1021342309583>

Grizenko, N., Papineau, D. (1992). A comparison of the cost-effectiveness of day treatment and residential treatment for children with severe behaviour problems. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *37*(6), 393–400. <https://doi.org/10.1177/070674379203700608>

Kahn, J. P., Cohen, R. F., Tubiana, A., Legrand, K., Wasserman, C., Carli, V., Apter, A., Balazs, J., Banzer, R., Baralla, F., Barzilai, S., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Kaess, M., Bitenc, U. M., Mészáros, G., ... Wasserman, D. (2020). Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): a universal school-based suicide preventive program. *European child & adolescent psychiatry*, *29*(12), 1671–1681. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01476-w>

Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Üstün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, *20*(4), 359–364. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>

Kiser L. J. (1991). Treatment-effectiveness research in child and adolescent partial hospitalization. *The Psychiatric hospital*, *22*(2), 51–58.

Kiser, L. J., Culhane, D. P., & Hadley, T. R. (1995). The current practice of child and adolescent partial hospitalization: results of a national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*(10), 1336–1342. <https://doi.org/10.1097/00004583-199510000-00019>

Kiser, L. J., Millsap, P. A., Hickerson, S., Heston, J. D., Nunn, W., Pruitt, D. B., & Rohr, M. (1996). Results of treatment one year later: child and adolescent partial hospitalization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*(1), 81–90. <https://doi.org/10.1097/00004583-199601000-00016>

Kramer, T., & Garralda, M. E. (1998). Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 173, 508–513. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.6.508>

Leffler, J. M., & Frazier, E. A. (2022). *Handbook of evidence-based day treatment programs for children and adolescents*. Springer Cham.

Macdonald, W., Bower, P. (2000). Child and adolescent mental health and primary health care: current status and future directions. *Current Opinion in Psychiatry* 13(4), 369-373. <https://doi.org/10.1097/00001504-200007000-00002>

Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swendsen, J., Avenevoli, S., Case, B., Georgiades, K., Heaton, L., Swanson, S., & Olfson, M. (2011). Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(1), 32–45. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.10.006>

Rutter, M. et al. (1995). *Psychosocial disorders in young people: time trends and their causes*. John Wiley & Sons.

Sebestik, J., & Garralda, M. E. (1996). Survey of difficult to contain and treat children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 75(1), 78–81. <https://doi.org/10.1136/ad.75.1.78>

Servizo Galego de Saúde. (2020). *Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19. Periodo 2020-2024*. [https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/14102/Plan\\_saude\\_mental\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/14102/Plan_saude_mental_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Thun-Hohenstein, L., Weltjen, F., Kunas, B., Winkler, R., & Fritz, C. (2021). Outcome Quality of Inpatient and Day-Clinic Treatment in Child and Adolescent Psychiatry-A Naturalistic Study. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(12), 1175. <https://doi.org/10.3390/children8121175>

Varela Reboiras, L., Mondragón Vicente, R., Ramos Viúdez, I., Ramos García, I., & Domínguez Santos, M. (2018). Características de la demanda asistencial en la unidad de salud mental de la infancia y la adolescencia del área sanitaria de Santiago: análisis evolutivo. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 34(3), 316–331. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v34n3a2>

Wasserman D. (2016). Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in young Europeans on the basis of the results from the EU-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. *Psychiatria polska*, 50(6), 1093–1107. <https://doi.org/10.12740/PP/66954>

Weir, R. P., & Bidwell, S. R. (2000). Therapeutic day programs in the treatment of adolescents with mental illness. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 34(2), 264–270. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00722.x>

# ATENCIÓN PRIMARIA

## PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA NO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE: REFLEXIÓN TRÁS DOUS ANOS DE EXPERIENCIA

### **Lidia Sánchez Edreira**

*Psicóloga Especialista en Psicoloxía Clínica en Área Sanitaria de Ferrol*

### **Luis Rodríguez Recarey**

*Psicólogo Especialista en Psicoloxía Clínica en Área Sanitaria de Vigo*

### **Mónica Santos Rivas**

*Psicóloga Especialista en Psicoloxía Clínica en Área Sanitaria de Ourense*

### **Patricia Vázquez Batán**

*Psicóloga Especialista en Psicoloxía Clínica en Área Sanitaria de Lugo*

### **Casilda M. Oujo Fernández**

*Psicóloga Especialista en Psicoloxía Clínica en Área Sanitaria de Pontevedra – O Salnés*

### **Alicia Carballeda Fernández**

*Psicóloga Especialista en Psicoloxía Clínica en Área Sanitaria de Santiago de Compostela*

[lidia.sanchez.edreira@sergas.es](mailto:lidia.sanchez.edreira@sergas.es)

## RESUMO

Neste artigo as psicólogas clínicas que traballamos en colaboración con atención primaria nas diferentes áreas sanitarias do Servizo Galego de Saúde, queremos expoñer as nosas experiencias desde o inicio do proxecto en 2021, que se enmarca no «Plan de Saúde Mental de Galicia postcovid-19. Período 2020-2024». A implantación nas distintas áreas sanitarias resultou heteroxénea, polo que nos parece importante compartir e reflexionar sobre os diferentes modelos de actuación que se están levando a cabo e extraer conclusións que nos guíen no traballo nun programa que, aínda que resultou xeitoso noutras comunidades autónomas do Servizo Nacional de Saúde e tamén conta con algúns antecedentes na nosa comunidade, ten unha traxectoria recente no noso contexto.

**PALABRAS CHAVE** — psicoloxía clínica, atención primaria, saúde mental, accesibilidade, continuidade asistencial, traballo colaborativo.

## ABSTRACT

In this article, the clinical psychologists who work in collaboration with primary care in the different health areas of the Galician Health Service present their experiences since the beginning of the project in 2021, which is part of the «Mental Health of Galicia postcovid-19 project. Period 2020-2024». The implementation in the different health areas has been heterogeneous, so it seems important to share and reflect on the different models of action that are being carried out and draw conclusions that guide us in working on a program that, although it has been successful in other autonomous communities of the National Health Service, and has some precedents in our community, it has a recent history in our context.

**KEY WORDS** — clinical psychology, primary care, mental health, accessibility, continuity of care, collaborative work.

## INTRODUCCIÓN

Nos últimos anos é evidente o incremento da demanda asistencial nos servizos de saúde mental. En atención primaria, como primeiro elo da cadea asistencial, tamén se observa un crecente número de consultas por problemas relacionados coa saúde mental. En Galicia, o 27,4% das consultas atendidas en centros de saúde están relacionadas con problemas de saúde mental, especialmente problemas de ansiedade, alteracións do sono, trastornos depresivos e reaccións de adaptación (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021).

No momento actual na rede de saúde pública galega existen aproximadamente cinco especialistas en psicoloxía clínica por cada 100.000 habitantes «mentres que se estima que unha taxa por baixo de 12 psicólogos clínicos imposibilita a prestación desta asistencia sanitaria» (Europa Press, 2023). Con este cociente de facultativos, a accesibilidade e continuidade da atención psicolóxica vese comprometida de maneira significativa. Esta realidade dificulta que os pacientes teñan acceso a tratamentos psicolóxicos nuns tempos de espera e seguimento adecuados e incrementa a necesidade de recorrer a tratamentos farmacolóxicos para abordar o sufrimento psíquico, o que condiciona o dereito para decidir tras recibir a información adecuada, entre as opcións terapéuticas dispoñibles para as persoas (psicolóxica e/o farmacolóxica).

O «Plan de Saúde Mental de Galicia postco-vid-19», expón:

*Desde a perspectiva do paciente, hai evidencia de que as persoas prefiren ser atendidas na súa contorna, dentro do seu fogar e comunidade, o cal require unha énfase na atención integrada de alta calidade que facilite aos/as profesionais de atención primaria e hospitalaria unha maior colaboración no tratamento de pacientes mediante o seguimento compartido. Unha atención centrada no paciente por parte dos servizos de saúde mental favorece a continuidade asistencial. Os/as pacientes informados sobre as súas necesidades e opcións de atención obtéñen*

*unha mellor resposta dos servizos sanitarios.* (Servizo Galego de Saúde, 2020)

Este plan tamén propón, entre os seus obxectivos:

*Favorecer o acceso aos tratamentos e evitar a cronificación. Dotar aos equipos de atención primaria das ferramentas necesarias para facer fronte a abordaxe dos trastornos mentais máis frecuentes, fomentando a coordinación cos recursos específicos en saúde mental, e o desenvolvemento de programas de intervención socio-comunitaria en saúde mental son accións prioritarias a desenvolver durante a vixencia deste plan.* (Servizo Galego de Saúde, 2020)

Na materialización deste plan recóllese a contratación dun psicólogo clínico por área sanitaria dentro dos servizos de saúde mental para traballar en determinados centros de saúde e en estreita coordinación cos equipos de saúde mental.

Cabe lembrar que, desde 2010, os residentes de Psicoloxía Clínica realizaban unha rotación de tres meses ou dun día á semana durante un ano, no último ano de residencia, en cumprimento da *Orde SAS/1620/2009, do 2 de xuño, pola que se aproba e publica o programa formativo da especialidade de Psicoloxía Clínica* (2009), pero estes residentes non contaban cun adxunto facultativo especialista en psicoloxía clínica adscrito ao devandito dispositivo. Doutra banda, tamén contamos con referencias a nivel nacional deste tipo de programas de traballo con atención primaria, como os que levan a cabo en Cataluña, Asturias (Veiga Martínez y López Alonso, 2017; Gutiérrez López et al., 2020) ou Murcia (Martín García-Sancho et al., 2018), que resultaron xeitosos e asentaron e ampliaron un modelo de traballo colaborativo, dando resposta á demanda asistencial e contribuíndo á optimización de recursos e a evitar o colapso dos dispositivos especializados de saúde mental.

A inclusión do facultativo especialista en psicoloxía clínica en atención primaria pretende facer accesibles os tratamentos psicolóxicos

aos usuarios que presentan cadros clínicos do rango dos estados de ansiedade, ánimo deprimido, reaccións adaptativas e trastornos psicosomáticos clinicamente significativos, a través de intervencións con apoio na evidencia, breves e focalizadas no problema, tanto en formato individual como grupal (Carballal Fernández et al., 2019).

A continuación, describimos o traballo que se está realizando en cada unha das áreas sanitarias. Non se inclúen datos da Coruña e Santiago, xa que ata a data non se iniciou nestas áreas un programa destas características.

## FERROL

En Ferrol iniciouse un programa de enlace entre saúde mental e atención primaria en marzo de 2021, cun equipo formado por unha psicóloga clínica e unha psiquiatra, aínda que actualmente só a psicóloga clínica se despraza aos centros de saúde (ao de Narón, tres días á semana, e ao de Fene, un día á semana). Inicialmente acudíase tamén ao centro de saúde Fontenla-Maristany, pero tras os primeiros meses de pilotaxe decidiuse continuar co programa só nos centros con maior viabilidade lóxística e ampliouse a prestación ao centro de Narón na súa totalidade, xa que, na pilotaxe inicial, neste centro só se contaba coas quendas de mañá.

Semanalmente a psicóloga realiza un filtro das derivacións destes centros de saúde. Elaborouse ao comezo do programa un modelo de folla de interconsulta no que se especifican apartados de información sobre a derivación para facilitar unha triaxe o máis axustada posible ás necesidades de cada caso. En base a esta información, a psicóloga selecciona os casos subsidiarios de atención no seu centro de saúde (fundamentalmente cadros de ansiedade, depresión leve-moderada e procesos adaptativos nos que non haxa unha evolución recorrente ou crónica) e os casos que serán de-

rivados a outros dispositivos de saúde mental: Unidade de Saúde Mental (USM), Unidade de Condutas Adictivas, Psicoxeriatría, Centro de Orientación Familiar (COF), etc.

Nos casos nos que a atención se leva a cabo no centro de saúde, esta abarca desde a orientación no manexo de casos en colaboración cos médicos de atención primaria (MAP), ata a intervención directa por parte da psicóloga clínica; a cal se realiza, na maioría dos casos, nun formato de intervención individual, de carácter breve e focalizado en obxectivos terapéuticos. Se tras a valoración inicial se detecta a necesidade ou se a evolución non é favorable, derivase o caso á USM.

O programa permite na actualidade ofrecer unha primeira consulta con psicoloxía clínica nun prazo entre unha e catro semanas, e a periodicidade das consultas de seguimento é de aproximadamente unha por mes. Realízanse a diario tres primeiras consultas de 40 minutos e cinco de seguimento de 30 minutos, ademais dos tempos destinados á coordinación cos equipos de atención primaria (médicos de familia, persoal de enfermería e traballadores sociais) e co equipo multidisciplinar de saúde mental (enfermeiras, psiquiatras, psicólogos clínicos e persoal administrativo).

Levouse a cabo, de outubro do 2021 a xuño de 2022, un ciclo de sesións formativas para MAP nestes centros de saúde, impartido pola psiquiatra e a psicóloga clínica do programa, sobre as casuísticas de saúde mental máis comúns en atención primaria. Tamén, en abril de 2023, a psicóloga clínica participou nunha mesa redonda sobre saúde mental dirixida a poboación xeral en colaboración co concello de Narón. Ademais, desde o ano pasado, as psicólogas internas residentes da Área Sanitaria de Ferrol realizan coa supervisión da psicóloga clínica do programa, a súa rotación en primaria durante un período de tres meses.

A implementación deste programa está a resultar satisfactoria tanto desde os centros de saúde como desde as USM. A psicóloga clí-

nica e a psiquiatra elaboraron inicialmente por proposta do xefe de servizo un modelo de traballo colaborativo entre saúde mental e atención primaria que se traduciu, desde a súa implementación, nun programa estruturado e nun proceso de coñecemento mutuo entre profesionais, que permite unha mellor e máis rápida abordaxe daquelas patoloxías que poden ser resoltas cunha intervención temperá. Hai que destacar a colaboración do persoal de enfermería e administrativo das USM na xestión de citas e filtro de derivacións, así como a colaboración e disposición por parte dos MAP e demais persoal dos centros de saúde, pois a coordinación é un aspecto fundamental para o adecuado funcionamento do programa.

## VIGO

Na Área Sanitaria de Vigo para comezar con esta experiencia decidiuse a elección de dous centros de saúde, concretamente o de Bembrive e o de Sárdoma. En maio do 2021, iníciase a actividade asistencial do psicólogo clínico situado fisicamente no centro de saúde de Bembrive.

O traballo do psicólogo clínico como figura de enlace en atención primaria consiste en seleccionar, das interconsultas que se derivan a saúde mental, aquelas que se corresponden con trastornos mentais comúns (ansiedade, depresión e trastornos adaptativos) e atendelos en atención primaria. Nesta primeira experiencia límitase a atención a persoas maiores de dezaes anos.

Establécense as funcións do psicólogo clínico en tres niveis. Nun primeiro nivel, a través da E-Consulta, realízase a función de cribado que desde o programa fai o psicólogo clínico para discriminar os cadros leves/moderados dos graves, dado que estes últimos serán atendidos desde unha USM ou outros dispositivos específicos de saúde mental. Nun segundo nivel, lévase a cabo a cita presencial, esta é a

intervención terapéutica propiamente dita (formato individual e/o grupal). Nun terceiro nivel, realízanse as coordinacións co persoal dos centros de saúde e/ou recursos externos sociocomunitarios.

En canto á axenda de consultas, establécense dous ocros diarios dunha hora de duración para as primeiras citas cuxos obxectivos son a apertura do «Episodio de Psicología Clínica en Atención Primaria», a impresión diagnóstica inicial e a derivación e/ou establecemento do plan de tratamento individualizado. Para as citas de seguimento establécense catro ocros por día de 40 minutos de duración. Dispónse unha intervención terapéutica breve e focalizada. O resto do tempo da axenda diaria está reservado para a revisión das derivacións (función de cribado mediante E-Consulta) e para as coordinacións (internas e/o externas).

Como estaba prefixado ao comezo do programa, dedícase un espazo importante á coordinación co persoal sociosanitario de ambos os centros de saúde e dispositivos comunitarios da zona. De forma regrada participase nas sesións de docencia que se realizan no centro de saúde de Sárdoma con frecuencia semanal. Desde o inicio, o psicólogo clínico ten impartido diferentes sesións, ben por proposta do equipo multidisciplinar ou por iniciativa propia. Nestas sesións tamén participan e imparten algunhas os residentes de psicología que están a rotar polo dispositivo nese momento.

Realízase supervisión dos PIR, MIR e EIR, e, dentro do programa de formación de residentes, o psicólogo clínico participa como titor do/a PIR mentres rota por este dispositivo. Así mesmo, tanto os residentes de medicina familiar comunitaria como os de enfermería están a mostrar interese por participar nas actividades de psicología clínica. Tendo isto en conta, está a establecerse un calendario para que os residentes das diferentes especialidades que o demanden poidan rotar, durante a súa estancia no servizo de psiquiatría, polo programa de psicología clínica en atención primaria.



Foto: Diva Plavalaguna

A nivel comunitario, está desenvolverse un grupo de autocoidado para persoas coidadoras con carácter multidisciplinar, no que o psicólogo clínico forma parte do equipo impartindo a parte relacionada co autocoidado.

Como proxecto futuro está a elaborarse conxuntamente coas residentes de psicoloxía clínica un programa de tratamento en formato grupal a realizar dentro da atención continuada das PIR. Está previsto o seu inicio para o último trimestre do presente ano.

Desde o comezo da implementación do programa, a acollida por parte de todo o equipo de atención primaria foi moi satisfactoria, mostrando moito interese polo labor que a psicoloxía clínica pode desenvolver neste primeiro nivel de atención. A dispoñibilidade para a coordinación de casos e resolución de dúbidas está a ser moi adecuada, permitindo en todo momento poder levar a cabo unha abordaxe multidisciplinar. Tamén cabe des-

tañar a solicitude de formación específica que demandan en aspectos relacionados co manexo de pacientes do ámbito da saúde mental. A petición do equipo médico, leváronse a cabo sesións de docencia relacionadas coa entrevista clínica, habilidades de comunicación e terapia de apoio en atención primaria. Como dificultades que están a xurdir na actualidade, destacaríase o aumento progresivo dos tempos de espera para primeiras consultas e citas sucesivas que pon en perigo a accesibilidade ao tratamento, aspecto que se considera primordial neste nivel de intervención.

## LUGO

Na área de Lugo, o programa iníciase a finais de 2020, en catro centros de saúde: Fingoi, Illas Canarias, Sarria e Villalba. Este foi dotado cunha única psicóloga clínica, que rota semanalmente por cada un destes centros, a

excepción de Fingoi que non dispón de despachos libres, polo que os pacientes son vistos en Illas Canarias.

A organización das citas faise mediante unha axenda semanal por centro. Dispón de espazos de primeiras consultas de 45 minutos, seguimentos de 30 minutos e valoracións de historias clínicas de 10 minutos que consisten en citas non presenciais para unha primeira valoración especializada que permitirá xestionar a asistencia que se axuste ao motivo de consulta.

O profesional de primaria, que identifica necesidade de asistencia por parte de psicoloxía clínica, deriva o paciente para a súa valoración anotando no espazo destinado a «valoración de historia clínica». Posteriormente, o psicólogo clínico repasa a historia e xestiona a asistencia que considera axustada. As intervencións máis habituais son:

- Individual
- Familiar
- Protocolo asistencial posparto
- Asesoramento a profesionais de primaria sen intervención directa no paciente (co obxectivo de facer prevención cuaternaria, especialmente indicado para procesos adaptativos e dós normativos)
- Coordinación e intervención con dispositivos comunitarios (centros escolares, Centro Información da Muller, Gabinete de Orientación Familiar, Servizos Sociais, asociacións...)
- Coordinación con dispositivos de especializada e abordaxes grupais segundo necesidades detectadas (coidadores, posparto...)
- En caso de considerar que precisa asistencia por parte doutro dispositivo (USM, Unidade Transición Vida Adulta, Unidade Alcoholismo, Programa Intervención Intensiva, Enlace, Psicoxeriatría), xestiónase a cita e facilítase a vinculación. Os criterios actuais que motivan derivacións a outros

dispositivos son, entre outros, pacientes con clínica ou antecedentes psicopatolóxicos moderados-graves, diagnósticos de trastorno de personalidade, consumo de tóxicos, peritaxes, urxencias ou menores de deza-seis anos.

Ademais do labor descrito, mantéñense reunións multidisciplinares co persoal dos centros de primaria, USM e o resto de psicólogos clínicos, co obxectivo de ir modulando o programa. Realízase supervisión e formación dos residentes de psicoloxía clínica na súa rotación en primaria, así como derivación e supervisión a grupos de apoio levados polos PIR en horario de atención continuada. Por último, vanse retomar as sesións formativas para profesionais dos centros de saúde para ampliar o labor de apoio.

Os centros aos que acudimos devolven *feedbacks* satisfactorios da implantación deste programa, considerándoo necesario e útil. Valóranse como melloras a rápida resolución, o labor preventivo, o apoio ao profesional de primaria, a facilidade en accesibilidade e a coordinación comunitaria.

Como limitación destaca a sobrecarga de cota que soporta o programa, o que pode poñer en risco a calidade asistencial, véndose esta afectada en: tempos de espera, dispoñibilidade para coordinacións e docencia, criterios de derivación e obxectivos terapéuticos. Insístese na necesidade de reducir o cociente e ampliar recursos humanos.

## OURENSE

En Ourense o programa iniciouse en outubro de 2021 da man dunha psicóloga clínica que exerce as súas funcións en dous centros de saúde da provincia: Ribadavia e Carballiño. Nos devanditos centros xa existía a figura do psicólogo clínico desde hai aproximadamente 30 anos, con todo non realizaba funcións específi-

cas de atención primaria, senón que o dispositivo foi cambiando co tempo pasando de COF a USM e compatibilizando ambas tarefas, chegando a haber dous profesionais a cargo. Este feito considérase relevante para matizar que non foi un inicio partindo de cero, senón que estas características obrigaban a herdar a axenda preexistente, coas dificultades que iso supón para establecer un modo de funcionamento e intervención diferenciado.

Tendo en conta o anterior e a diferenza doutras áreas, as derivacións séguese realizando o MAP ó buzón de peticións xeral de saúde mental. Desde aí, o psiquiatra responsable da súa recepción, realiza o cribado e a elección do dispositivo que mellor corresponda a cada casuística; pero non sempre seguindo o criterio de cadros leves-moderados ou que non se prevea cronicidade, de feito, tamén se reciben derivacións de USM ou doutros dispositivos por cuestións, sobre todo, xeográficas. Deste xeito, os casos atendidos aquí van desde leves-moderados a graves ou crónicos e as derivacións poden vir de MAP, psiquiatras, psicólogos clínicos de USM ou outras especialidades (neuroloxía, cardioloxía...). As derivacións que se realizan desde o programa de psicoloxía clínica en atención primaria adoitan ser á Unidade de Saúde Mental Infanto-Xuvenil (USMIJ), ao Programa de Intervención Intensiva en Suicidio ou á Unidade de Condutas Adictivas, pero de cando en cando á USM.

Partindo dun día á semana en cada centro de saúde e seguindo a axenda previamente establecida, realizábanse dúas novas consultas de 45 minutos e seis seguimentos de 30 minutos. Dado o tempo de espera entre consultas, que podía chegar a superar os tres meses, ampliouse posteriormente a un día máis por semana en cada centro de saúde. Este cambio permitiu reducir tempos de espera para primeiras consultas, poder axilizar ou priorizar casos que o requiran, así como ter máis tempo dispoñible para reunións, sesións clínicas e labo-

res de coordinación cos equipos de primaria e saúde mental.

Ademais da actividade propiamente asistencial, realízanse reunións cos MAP e outros derivantes para valorar a pertinencia da derivación, comentar evolución, asesoramento etc., tanto de maneira presencial como, normalmente, vía telefónica. Participase tamén nas sesións clínicas do centro de saúde.

Por outra banda, aínda que os residentes de psicoloxía clínica realizan a súa rotación específica en atención primaria no último ano de residencia noutro centro de saúde, con supervisión indirecta por parte da psicóloga deste programa; ao longo deste ano tamén estiveron con ela en períodos puntuais, como preparación para a rotación específica de primaria, e prevese que a medio prazo leven a cabo algún tratamento grupal nun dos centros aos que acode esta psicóloga.

En xeral, a implementación do programa está a resultar satisfactoria. O equipo de atención primaria valora a maior accesibilidade ao profesional de saúde mental, así como unha mellor capacidade de acollida e resposta, xa que os tempos de espera, aínda que seguen sendo excesivos, son menores que en USM. O poder ter unha comunicación directa e semanal cos MAP e certa flexibilidade na axenda tamén permite axilizar a atención en caso necesario.

A dificultade que nos atopamos por agora é poder xestionar as derivacións de maneira directa sen necesidade doutros filtros, xa que con isto e un maior espazo sen carga asistencial para poder coordinarse, o traballo de equipo e de rede sería máis real e frutífero.

## PONTEVEDRA-O SALNÉS

Na área sanitaria de Pontevedra-O Salnés, a principios do 2021, iníciase o «Programa de Psicoloxía Clínica en Atención Primaria» no centro de saúde de San Roque de Vilagarcía

de Arousa, tres días por semana, dando resposta ás derivacións que realizan os MAP de persoas maiores de dezaseis anos tanto do devandito centro de saúde como do de Vila-xoán, que depende funcionalmente do centro de saúde de Vilagarcía.

Durante os primeiros meses de posta en marcha deste programa, apoiouse ao equipo de pediatría deste centro de saúde un día por semana, visitando alí a pacientes menores de dezaseis anos e ás súas familias. En canto a axenda de adultos se sobresaturou, resultou inviable poder continuar prestando este servizo desde o centro de saúde, por iso e tendo en conta a vulnerabilidade e as necesidades especiais deste tipo de poboación, volveu derivarse ao equipo de USMIX como se viña facendo previamente.

Os MAP, como primeiro filtro, remiten ás persoas maiores de dezaseis anos que o precisen ou ben a este programa de psicoloxía clínica en atención primaria, ou ben á USM Salnés, principalmente en base a un criterio de gravidade clínica. A enfermería de USM Salnés revisa todas as peticións que chegan ao seu dispositivo e realiza tamén un filtro previo á consulta presencial revisando en reunión de equipo os casos dubidosos.

A axenda de psicoloxía clínica en atención primaria programouse neste centro de saúde a semellanza da preexistente nas USM da área sanitaria de Pontevedra, atendendo a diario tres primeiras consultas de 45 minutos e nove seguimentos de 20 minutos; unha axenda que deixaba moi escaso tempo para tarefas de colaboración, integración ou coordinación cos equipos tanto dos dous centros de saúde incluídos no programa, como da USM ou de recursos externos. Desde mediados de 2023, un axuste nas axendas da área permitiunos pasar a realizar entre cinco e sete consultas por día de seguimento de 30 minutos, mantendo as tres primeiras consultas diarias de 45 minutos. Esperamos que este axuste sirva para potenciar tarefas máis colaborativas con outros pro-

fesionais e potenciar as funcións comunitarias que o psicólogo clínico pode desempeñar desde o ámbito da atención primaria.

A intervención psicolóxica a nivel individual encádrase nun marco de terapia focal e breve. A nivel grupal, durante os meses do curso escolar de 2022-2023, puxemos en marcha un grupo multifamiliar de frecuencia quincenal nunha sala do auditorio municipal de Vilagarcía, que nos facilitou un espazo e tempo máis adecuados para a psicoterapia que os espazos de atención individual dos que dispoñemos. Este grupo realízase en coterapia coa enfermeira especialista en saúde mental do equipo de continuidade de cuidados do Salnés e permitiunos intercalar sesións, nun formato tipo charla informativa, con recursos comunitarios da zona que son de gran apoio para a poboación que vimos atendendo, como o Centro de Información á Muller, o Espazo de Preservación familiar ou a Asociación Boa Vida, entre outros. Estas reunións dialóxicas posibilitan o intercambio de información e o encontro tanto de usuarios como de diferentes profesionais da zona, vinculados dunha ou doutra maneira coa saúde mental.

En marzo de 2022, os PIR coa supervisión do seu titor comezan a implementación dun programa de atención continuada de psicoloxía clínica en atención primaria no centro de saúde da Parda, en Pontevedra, ao que dedican actualmente dúas tardes ao mes.

Este ano en curso, a PIR puido realizar a súa rotación en atención primaria acompañada por unha profesional da mesma especialidade en que se está formando.

A mediados de xuño de 2023 iniciouse, a xornada completa, un novo programa de enlace de psicoloxía clínica no centro de saúde da Peregrina en Pontevedra e espérase tamén en poucos meses pasar a facer a xornada completa, á súa vez, no centro de saúde de San Roque de Vilagarcía de Arousa.

## PROGRAMAS DE ENLACE CON ATENCIÓN PRIMARIA POR ÁREA SANITARIA

Na seguinte táboa móstranse os datos das diferentes áreas en canto a poboación atendida e funcionamento xeral dos programas.

Área Sanitaria	FERROL	VIGO	LUGO	OURENSE	PONTEVEDRA-O SALNÉS
Centros de Saúde	Narón, Fene	Sárdoma, Bembrive	Illas Canarias, Fingoi, Sarria, Villalba	Ribadavia, Carballiño	San Roque e Vilaxoán
Poboación total	38564	13695	60795	34767	32518
Nº MAP	31	10	50	33	25
Nº Enfermeiras	26+3 matronas	11+1 matrona	47+4 matronas	28+2 matronas	30+2 matronas
Rango idade	>16 anos	>16 anos	>16 anos	>16 anos	>16 anos
Filtro de derivacións	Psicóloga clínica do programa	Psicólogo clínico do programa	Psicólogo clínico do programa	Psiquiatra encargado do buzón de peticións xeral.	Equipo USM
Coordinación con persoal de AP	Si	Si	Si	Si	Si
Despacho/ Posibilidade espacia grupos	Si	Si	Si	Si/ Algún espacia posible, aínda que non acondicionado para terapia grupal	Si
Docencia en C. Saúde	Si	Si	En proceso	Si	En proceso
Rotación PIR	Si	Si	Si	Parte da rotación	Si

## CONCLUSIÓNS

Desde a nosa experiencia, consideramos como obxectivo prioritario no traballo con atención primaria facilitar o acceso a tratamentos psicolóxicos, dentro dun modelo de traballo colaborativo que garanta a continuidade asistencial axustada ás necesidades de cada persoa e en estreita coordinación cos equipos de

saúde mental. Este modelo de traballo resulta eficiente en termos de proporcionar unha resposta rápida aos motivos de consulta máis prevalentes en atención primaria, previndo o seu agravamento e cronificación e, en consecuencia, a sobrecarga dos dispositivos de saúde mental, contribuíndo así á optimización dos recursos dispoñibles.

Os cadros de carácter leve ou moderado poden ser abordados desde un formato de intervención psicolóxica breve e focalizada en obxectivos terapéuticos, en formato individual ou grupal, desde un marco teórico flexible e acorde ás necesidades dos usuarios. Esta intervención debe ir dirixida a reforzar os recursos e estratexias de afrontamento das persoas e ao manexo de síntomas desde un enfoque non patoloxizador, no que o fármaco non sexa necesariamente a primeira opción terapéutica e se reduza a medicalización de problemas da vida cotiá. Ademais, a coordinación con outros recursos sanitarios, sociais e comunitarios é esencial, mantendo un modelo biopsicosocial de práctica clínica.

A intervención que adoitamos realizar nos centros de saúde abarca desde a normalización ou indicación de non tratamento en casos que, tras a valoración clínica, se conceptualicen como procesos adaptativos funcionais; o acompañamento terapéutico naqueles casos que, aínda que non supoñen un problema clínico de maior consideración, estean a xerar malestar que interfere ou limita a calidade de vida da persoa de maneira significativa (trastornos adaptativos/códigos z); terapia individual para problemas psicolóxicos específicos (trastornos de ansiedade, depresión leve-moderada), terapia grupal para problemáticas comúns (grupos de apoio, trastornos emocionais); ata a derivación á unidade de saúde mental ou outro dispositivo específico, se a valoración do caso o fai aconsellable ou se a evolución non resulta favorable.

Parécenos especialmente importante dispoñer de tempos especificamente destinados á coordinación co persoal de atención primaria, así como co resto de dispositivos de saúde mental, considerando este espazo de coordinación como parte esencial do traballo en equipo no que se crean sinerxias en prol da calidade asistencial e de cultivar unha contorna laboral acolledora e motivante. Nestes espazos habitualmente coordinámonos na abordaxe de casos, pero tamén han de posibilitar a intervi-

sión e a cobertura de necesidades específicas de formación. Valoramos, doutra banda, un avance importante o feito de que os residentes de Psicoloxía Clínica dispoñan de supervisión por parte dun facultativo especialista en psicoloxía clínica na rotación en atención primaria, que é parte do programa formativo da especialidade.

Consideramos o noso traballo neste programa un primeiro paso necesario e firme, que ten que consolidarse e facerse extensible para procurar unha atención psicolóxica realmente accesible ao conxunto da poboación que o necesite, reducindo os tempos de espera tanto para primeiras consultas como entre consultas de seguimento. Este programa debería de continuar despregándose e ampliarse a todos os centros de atención primaria e, doutra banda, ampliarse a poboación infanto-xuvenil, a través do enlace cos especialistas das Unidades de Saúde Mental Infanto-Xuvenil tal e como se está facendo noutras comunidades como Cataluña (Enfedaque-Montes et al., 2023), Asturias ou Andalucía (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015). Para iso resulta necesario continuar co incremento de recursos humanos e loxísticos, para dispoñer dunhas taxas de psicólogos clínicos por habitante similares aos cocientes europeos e que dean resposta ás necesidades actuais en materia de saúde mental.

## AGRADECEMENTOS

Polo seu apoio e por toda a tarefa previa desenvolvida, ao Grupo de Traballo de Psicoloxía Clínica en Atención Primaria da Sección de Psicoloxía e Saúde do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia.

## BIBLIOGRAFÍA

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). (2015). *Manual para la Acreditación de Competencias Profesionales: Psicólogo/a Clínico/a*. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/MACP-Psicologo-Clinico.pdf>

Carballal Fernández, A., Alonso Villar, C., Cid Gutiérrez, P., Carreira Vidal, M.J., Lago Canzobre, S., Losada López, C.J. (2018). *Documento marco da Psicoloxía Clínica en Atención Primaria*. Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia. [https://copgalicia.gal/system/files/PDFs/publicacions/documento\\_marco\\_da\\_psicoloxia\\_na\\_atencion\\_primaria\\_galego.pdf](https://copgalicia.gal/system/files/PDFs/publicacions/documento_marco_da_psicoloxia_na_atencion_primaria_galego.pdf)

Enfedaque-Montes, B., Garcia, O., Gil-Sánchez, E., Ruiz, R., Cid Colom, J., Lobo Polidano, E., Vegué Grilló, J. (2023). *Programa de col·laboració entre l'atenció a la salut mental i les addiccions, i l'atenció primària i comunitària*. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9424/programa\\_collaboracio\\_entre\\_atencio\\_salut\\_mental\\_addiccions\\_atencio%20primaria\\_comunitaria\\_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9424/programa_collaboracio_entre_atencio_salut_mental_addiccions_atencio%20primaria_comunitaria_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Europa Press. (2023, 13 enero). El COPG estima que debería triplicarse el número de psicólogos clínicos del Sergas para dar una asistencia “de calidad”. *POMBAPRESS SL*. <https://www.galiciapress.es/articulo/sanidad/2023-01-13/4138299-cogp-estima-deberia-triplicarse-numero-psicologos-clinicos-sergas-dar-asistencia-calidad>

Gutiérrez López, M. I., López Alonso, N., Alonso Gómez, R., & Veiga Martínez, C. (2020). Psicología Clínica en Atención Primaria: la experiencia en Asturias. *Semergen*, 46(2), 101–106. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2019.09.002>

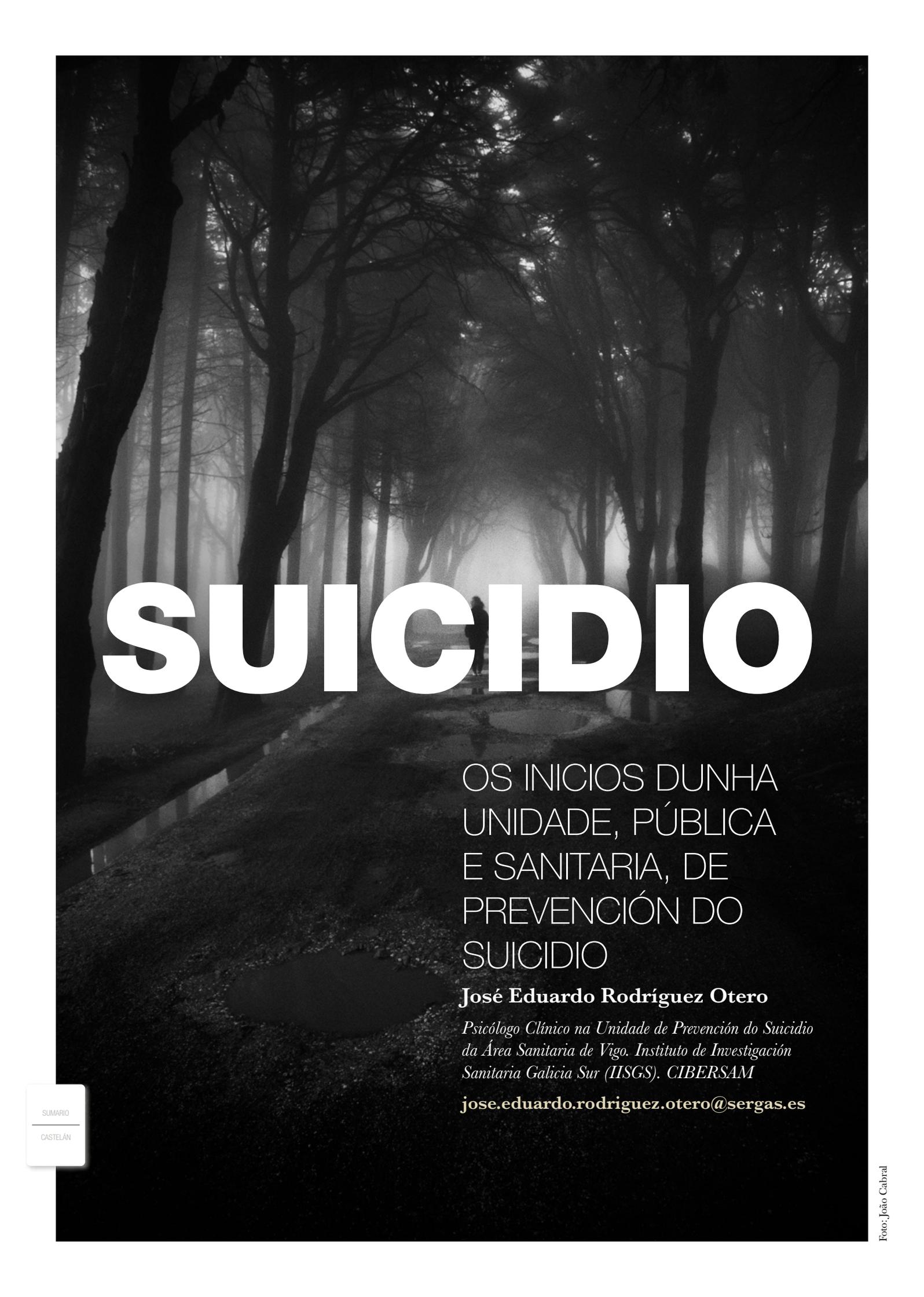
Martin García Sancho, J. C., Garriga Puerto, A., Egea, C., Díaz, G., Campillo Cáscales, M. J., Espinosa Gil, R. M. (2018). Intervención psicológica escalonada con trastornos mentales comunes en Atención Primaria. *Anales de Psicología*, 34(1), 30-40. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.1.281491>

Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. Boletín Oficial del Estado, 146, de 17 de junio de 2009. <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/06/02/sas1620>

Servizo Galego de Saúde. (2020). *Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19. Periodo 2020-2024*. [https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/14102/Plan\\_saude\\_mental\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/14102/Plan_saude_mental_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. BDCAP Series 2. Ministerio de Sanidad. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)

Veiga Martínez, C., López Alonso, N. (2017). Intervenciones Psicológicas en Atención Primaria. [Memoria de actividade clínica]. SESPA. <https://www.astursalud.es/documents/35439/36899/Memoria%20Intervenciones%20Psicologicas%20en%20AP%202017.pdf/46d63ac1-04a5-dff3-6c5a-5955b38e6852>



# SUICIDIO

OS INICIOS DUNHA  
UNIDADE, PÚBLICA  
E SANITARIA, DE  
PREVENCIÓN DO  
SUICIDIO

**José Eduardo Rodríguez Otero**

*Psicólogo Clínico na Unidade de Prevención do Suicidio  
da Área Sanitaria de Vigo. Instituto de Investigación  
Sanitaria Galicia Sur (IISGS). CIBERSAM*

[jose.eduardo.rodriguez.otero@sergas.es](mailto:jose.eduardo.rodriguez.otero@sergas.es)

SUMARIO

CASTELÁN

*En memoria de El, Filla, Nena,  
Alegria e Mestra*

*Para Ela, Nai, Compañeira, Ma-  
rido e Contorna*

## RESUMO

Neste artigo detállase como foron os inicios da Unidade de Prevención do Suicidio de Vigo. Descríbense, para iso, cuestións ideolóxicas e prácticas. No ideolóxico sinálase a importancia dos movementos sociais que demandaron á Administración que tomase medidas concretas en prevención do suicidio, a decisión da creación das Unidades de Prevención do Suicidio, as dúbidas persoais do autor, a procura dunha idea compartida de prevención e a concreción final do obxectivo da unidade. En cuestións prácticas indícase como se operativizou todo iso dentro dos complexos mecanismos de funcionamento do noso sistema de Sanidade Pública e a necesidade que houbo de corrixir procesos ante os erros nos primeiros pasos.

**PALABRAS CHAVE** — Prevención; Suicidio; Unidade de Prevención do Suicidio; Sanidade Pública; Inicios.

## ABSTRACT

This article relates how the Vigo Suicide Prevention Unit began. Ideological and practical issues are described. In the ideological part, the importance of the social movements that demanded that the Administration take concrete measures in suicide prevention, the decision to create the Suicide Prevention Units, the personal doubts of the author, the search for a shared idea of prevention and the final realization of the objective of the Unit are pointed out. In practical matters, it describes how these ideas were implemented in the complex operating mechanism of our Public Healthcare System and also points out the need to correct processes to deal with errors in the first steps.

**KEY WORDS** — Prevention; Suicide; Suicide Prevention Unit; Public Healthcare; The beginning.

## OS PRECEDENTES

*El non chegou. Ela si. E é curioso, porque durante case toda a súa vida chegaron xuntos aos sitios. Excepto alí e a afacerse a iso de estar xubilados. Nisto último tamén Ela chegou e El non.*

*Xuntos saíron ao mar cada día durante os últimos corenta anos. Miles de linguados, robalizas e sardiñas. Con sol, choiva, frío e calor. A maior parte do tempo en silencio, exercendo o oficio ou pensando na vida. E todo iso fixérono xuntos, como o día que decidiron xubilarse. Xa non habería máis pesca, xa non madrugarian. Ela afíxose rápido, tiña moitas cousas que facer en terra. El non. El refuxiouse no garaxe e continuou facendo nós, reparando a barca e as redes, engrasando o motor... E foise pondo triste ao sentir que aquilo xa non servía para nada. Deixou primeiro os nós e despois as redes. E o sorriso deixouno a el. Ela pensou que o nacemento do neto que levaba tanto tempo esperando devolveríallo, pero non foi así. Ela preocupouse. E o médico da vila tamén. E pediron cita. Déronlle a primeira que había. En outubro. Unha mañá de agosto, el almorzou, tomou as pastillas da tensión, bicou a Ela e díxolle que ía ao garaxe a limpar o motor. Sempre hai unha primeira vez para mentir, díxose, mentres se dirixía ao monte para non volver.*

*Ela si chegou. En novembro. Non sabía vivir sen el. «Se el estivese sentado nesta cadeira nalgún momento, seguiría vivo?»*

Como El, segundo datos do Instituto Galego de Medicina Legal (IMELGA, <https://conselleriadespresidencia.xunta.gal/é/xustiza/imelga>), houbo 394 persoas que se suicidaron no 2014 en Galicia. E 324 no 2015. E 345 no 2016. E todo iso iniciou un movemento social, «as Badaladas». O Movemento Galego da Saúde Mental tocou unha badalada cada día ás 20:00 h na Praza de Praterías de Santiago de Compostela. Unha badalada por cada falecido por suicidio en Galicia. E convidaba a membros do ámbito sanitario, cultural, laboral, político, académico e social. Convidaba a persoas que desexaban tocar esa badalada coa esperanza de que a Administración fixese algo

para que os nosos veciños deixasen de suicidarse.

Tras negar a súa necesidade e acusar a este movemento de provocar alarmismo social, o goberno autonómico finalmente elaborou o «Plan Galego de Prevención do Suicidio» (PGPS) en 2017 (Xunta de Galicia, 2017). Durante os seus tres primeiros anos o PGPS deuse máis a coñecer pola súa presentación mediática e pola infografía dos seus documentos que polos seus feitos. En 2020, ás portas dunhas eleccións autonómicas e no medio dunha pandemia mundial, publicouse o «Plan de Saúde Mental de Galicia Poscovid-19 para o período 2020-2024» (Servizo Galego de Saúde, 2020), no que se operativizou e orzou a creación das Unidades de Prevención do Suicidio recollidas xa no PGPS.

Na área Sanitaria de Vigo habilitaron, entón, catro despachos e ofreceron catro contratos: dous enfermeiros/as especialistas en saúde mental, unha médica psiquiatra e un psicólogo clínico. Foi cando recibín a chamada do xefe de servizo, «queres ser ti ese psicólogo clínico?».

## O MEU INICIO

*Nai facía tempo que non vía a Filla. Falaban a miúdo, puntualmente sen conflito, pero habitualmente no medio de tormentas. Filla tiña arrebatos frecuentes e estes incrementáronse desde que compartía vida coa súa parella. Nai quería evitar disputas, pero sentía que, díxese o que díxese, Filla atoparía un bo motivo para enfurecerse e é que Filla non estaba enfadada con Nai, senón coa vida. A súa relación de parella non ía ben, como non foi a anterior nin a precedente. Nai sempre soubo que reaccionaba moi mal ante o malestar e que iso aos poucos as foi distanciando, aínda que ambas se ocuparon de non separarse de todo. Filla, esa noite, discutiu forte coa súa parella e decidiu irse da casa e durmir nun hotel. A súa parella, díxome Nai, non a parou, non a tentou convencer de que quedase.*

*Nai contoume, entre bágoas, que facía tempo que non vía a Filla. E que non sabía que a próxima vez que o faría sería para recoñecela no soto dun hospital vigués.*

Se respondese nese momento, diría que non. Xa sabedes que pode producir certa ansiedade a incerteza ante os cambios, descoñecer o medio e a falta de posicionamento ético ante o suicida. E cando se ten ansiedade ademais, o que queres é que desapareza canto antes. O corpo pedíame un deses «non» ansiolíticos<sup>1</sup>. Pero, apelando a unha prudencia básica, pedín algúns días para poder reflexionar.

Na reflexión entrou tamén o prosaico. Como ides ver, nisto dos inicios non se debe infravalorar o valor da prosa. Non falamos de prosa poética, senón da prosa máis simple que se vos poida ocorrer. Neste caso o prosaico era que a Unidade de Prevención do Suicidio (UPS) quedábame máis preto de casa que o anterior traballo. Podía ir andando á consulta, algo que non me sucedeu en ningún outro traballo que tivese previamente. Non máis coche, agora un paseo. Así que a prosa estaba a favor do cambio.

Avanzando cara a lugares máis poéticos, atraíame a idea de pasar uns anos de vida afondando nun só tema. Sempre estiven en contra das «superespecializacións» pero esta é unha das miñas múltiples crenzas que, co tempo, van perdendo forza. Na Unidade de Saúde Mental na que traballaba podía facer no mesmo día intervencións sobre un trastorno alimentario, un problema de ansiedade, unha dificultade de parella, un trastorno psicótico, unha desregulación emocional nun trastorno de personalidade, un problema vincular e unha secuela dun trauma. Tento estar á última, ofrecer o mellor e máis validado as persoas que veñen á miña consulta, pero —teño que admitilo— non son un experto en todo iso. Moitas veces preguntábame se algún experto neses campos censuraría algunha das

intervencións que estivese a facer. Seguramente si.

E, por suposto, acordeime del. Máis ben dela, que foi a que coñecín, e do que a vida lle levou porque non chegamos a tempo. E de se lle poderíamos axudar a Filla a ter máis recursos en crises e así evitar o pesadelo no que, desde entón, vivía Nai.

Tres días despois da chamada inicial, contactei eu co xefe de servizo. A resposta, claro, foi «si».

## PARA QUE QUEREMOS ESTA UNIDADE?

*Primeiro viña o sentimento, a culpa. E despois a procura obsesiva do que a facía culpable. E algo atopaba porque Compañeira, como calquera, se o buscaba co suficiente afán sempre achaba algo que a relacionaba co sucedido. Polo que fixo ou polo que deixou de facer. Ou por non detectar sinais que no seu momento eran neutras, pero que co tempo podíaas ver como indicios. Creo, de corazón, que Compañeira non puido facer nada para evitar que saltase Nena. Pero quédame a dúbida de se entre todos non o puidemos ter evitado se a ela, e a todos os nenos, lles ensinásemos formas de abordar a frustración, minimizar a impulsividade e aumentar a capacidade reflexiva. Supoño que eu, Psicólogo, como Compañeira, necesito ter unha narrativa que me acheque algo de control.*

Se queres saber para que traballas, nada mellor que facelo nunha unidade que ten o seu obxectivo no seu nome. Cal é o obxectivo da Unidade de Prevención do Suicidio? Pois ese, prever suicidios.

Aparentemente, non habería que darlle moitas máis voltas á cuestión, pero xa sabedes, compañeiras e compañeiros, que a nós adóitanos producir certa incomodidade quedarnos na tranquilidade do evidente. E, por suposto, xurdiu unha pregunta máis complexa de responder: deberíamos evitar todos os suicidios?.

1 Tamén os hai ansióxenos.

Hai quen se pode atopar a gusto respondendo este tipo de preguntas baseándose unicamente en argumentos legais. Terán menos conflitos, menos dilemas e máis tranquilidade. E o marco legal, ao rescate ante a desazón da posible dúbida, deu resposta e foi «si». Debíanse evitar todos os suicidios. En febreiro de 2021, momento no que se abriu a UPS de Vigo, a lei da eutanasia (Lei Orgánica de regulación da eutanasia, 2021) aínda non se publicara, polo que había que axudar a todas as persoas a seguir vivindo, mesmo no caso de que tivesen un padecemento grave, crónico e imposibilitante e/ou unha enfermidade grave e incurable.

A lei da eutanasia abriu a porta á figura do suicidio asistido para persoas que cumprisen os requisitos que marcaba a lei. Legalmente xa non tiñamos que axudar a sobrevivir a todas as persoas que non o desexaban. Desde o meu punto de vista, toda unha liberación.

Coa reflexión e as conversacións, tamén cheguei a unha resposta máis aló do legal coa que me atopo cómodo: débense evitar todos aqueles suicidios nos que o suicidio é unha resposta definitiva a un problema temporal ou que se presenta con esa intensidade de forma temporal. Non obstante, que sucede con aqueles casos non eutanásicos nos que a persoa quere morrer e o problema é definitivo e se está presentando cunha intensidade que se espera que se manteña no futuro? Legalmente hai resposta, eticamente as miñas inquietudes seguen presentes.

Sabido o obxectivo da UPS e avanzado no posicionamento ético ante o suicidio, o seguinte paso foi saber como alcanzar o noso obxectivo de previr suicidios. Copiar a quen o fai ben adoita ser unha estratexia razoable. Por tanto, era momento de ler e preguntar. —que se estaba facendo noutros lugares?—.

Revisamos tantos programas de prevención que puidemos publicar un artigo co resumo das nosas conclusións (Rodríguez-Otero et al., 2022). Foron dúas as principais:

1/ Os programas de prevención autodenominábanse biopsicosociais, pero esta parecía máis unha etiqueta elegante que unha descrición rigorosa do que se vía nos mesmos. Atopamos moitas referencias ao bio, algo ao psico e apenas nada ao social.

2/ A prevención do suicidio considerábase un problema de saúde pública e, como tal, estruturábase en tres niveis de actuación (Gordon, 1983):

- Prevención universal: medidas desexables e aplicables á poboación xeral que, na súa maior medida, poden ser desenvolvidas sen a participación do persoal sanitario.
- Prevención selectiva: medidas que, polo seu balance custo/beneficio, non están indicadas para poboación xeral e si para subgrupos poboacionais que, polas súas características, teñen maior risco de padecer o problema.
- Prevención indicada: engloba intervencións de elevada intensidade, desenvolvidas principalmente por persoal sanitario e centradas en persoas de alto risco de padecer o problema.

Nós somos persoal sanitario e o alto risco en cuestións suicidas refírese a persoas que teñen ideación autolítica grave ou fixeron algunha tentativa previa. Así que a UPS faría prevención indicada e necesitabamos saber que intervencións demostraran a súa eficacia neste ámbito.

En prevención indicada mostraron eficacia antisuicida diversas intervencións psicoterapéuticas, psicofarmacolóxicas e os plans de resposta en crise. Para unha revisión detallada da eficacia destas medidas pódese recorrer, por exemplo, aos traballos de D'Anci et al. (2019), Mann et al. (2021) ou Wasserman et al. (2012). A intervención psicoterapéutica máis validada é a terapia cognitivo - condutual para a prevención do suicidio (Brown et



Foto: Mathias Reding

al., 2002; Henriques et al., 2003). Este modelo sinala tres pasos na intervención:

- 1/ Avaliación do risco suicida. Desenvolvemento dun plan de tratamento. Elaboración dun plan de seguridade. Adestramento en habilidades para a regulación emocional e o manexo da crise.
- 2/ Identificar e cuestionar crenzas desadaptativas e autoafirmacións que facilitan a aparición das condutas suicidas (por exemplo, a desesperanza, o sentimento de ser unha carga ou o *entrapment*<sup>2</sup>).
- 3/ Prevención de recaídas. Consolidación de habilidades que permitan manexar efectivamente situacións estresantes no futuro.

Esta intervención cognitivo-condutual considérase validada para a prevención indicada do suicidio (Brown et al., 2005; Rudd et al., 2015; Tarrier et al., 2008) porque demostrou a súa eficacia na redución das condutas suicidas, pero, lamentablemente, non probou a súa utilidade para diminuír a ideación autolítica.

Ademais de traballar en prevención indicada, nós debiamos coñecer e divulgar outras medidas que se mostraron eficaces nos niveis de prevención universal e selectiva. A saber:

- Prevención universal: neste campo inclúense as campañas de concienciación, facilitar o acceso aos servizos de saúde mental, as políticas para reducir o consumo prexudicial de alcohol, as políticas de emprego e desemprego, o apoio aos medios de comunicación para que informen de maneira responsable sobre o suicidio e a restrición do acceso a medios letais. Estas medidas de prevención universal desenvólense desde os ámbitos económicos, políticos, sociais e educativos, e demostraron ser as máis eficaces para previr suicidios. De feito, a restrición a medios letais, é a que ata este

momento demostrou máis eficacia, non só na prevención universal, senón na prevención global do suicidio (Cai et al., 2022; Pashak et al., 2022).

- Prevención selectiva: inclúe a realización de *screenings* para detectar depresión e outros trastornos mentais, detectar ideación autolítica en persoas con patoloxías somáticas, a realización de programas escolares, promover campañas de formación para *gatekeepers*<sup>3</sup> para que melloren a súa capacidade de detección da ideación suicida, o traballo con persoas que viviron un suicidio preto e o adestramento do persoal sanitario, especialmente de atención primaria, para detectar e facer unha primeira asistencia en caso de crise suicida. Entre estas medidas, o adestramento do persoal de atención primaria é a que demostrou máis eficacia (Hegerl et al., 2006; Mann et al., 2021).

En resumo, chegados a este punto xa tiñamos o obxectivo da UPS, un posicionamento ético ante o mesmo e sabiamos cales eran as intervencións máis eficaces para alcanzalo. Agora tiñamos que levar este mundo das ideas ao concreto, que neste caso era a súa integración nos complexos procesos dos servizos públicos de saúde. A prosa e a importancia das boas compañías espéranos.

## COMO FACELO? A UTOPIÁ DO CONCRETO

*A Marido cambioulle a vida en menos de quince días. Nun camiño o seu pacto rompeu. Alegría non podía imaxinar canto os distanciara iso. De sabelo nunca o tería feito. E volveron en silencio. Marido pensando no que lles quitaba a vida sen saber que aínda lles quitaría máis. Alegría baixo o peso da vergoña. Foi tal que*

2 Non ter expectativas de poder escapar ou ser rescatado da situación que produce sufrimento.

3 Persoas ou institucións que están en contacto regular coa poboación potencialmente de risco. Exemplo de *gatekeepers* son os policías, profesores, clérigos, militares e os axentes laborais.

*non a puido soportar, foise para dar un paseo e non foi capaz de volver.*

*Non chegou nunca Alegría. De facelo, posiblemente se tería salvado. Tivemos sorte que Só e Marido si chegaron e, entre todos, axudámoslles a convivir melancolicamente co recordo de Alegría.*

Sei que soará repetitivo pero a estratexia de copiar a quen o está facendo ben adoita ser algo razoable. E se, ademais, non o fas pasar por algo teu, os teus niveis de honradez permanecen intactos.

Quen o estaba facendo ben, desde 2008, era o equipo do «Programa de Intervención Intensiva» (PII) de Ourense (Reijas et al., 2013). Por iso, alá por febreiro de 2021, fomos facerlles unha visita. O seu modelo partía da xa mencionada terapia cognitivo condutual para a prevención do suicidio (Brown et al., 2002; Henriques et al., 2003) e o desenvolvían nun programa de seis meses que incluía consultas presenciais con psicoloxía clínica, psiquiatría e enfermaría; e consultas telefónicas, realizadas por enfermaría. Ademais contáronnos os seus circuitos de derivación, o número máximo de pacientes activos que tiñan e os recursos dos que dispuñan á alta.

Desde o meu punto de vista, o máis importante nos inicios son as boas compañías. O persoal do PII de Ourense foino por compartir amablemente o seu saber e experiencia.

Á volta de Ourense fixemos un resumo dos nosos avances partindo da resposta a dúas preguntas simples: que é o que queremos? que é o que non queremos?

### Que é o que queremos?

Queríamos poder atender as persoas con risco suicida. Queríamos poder ser accesibles en pouco tempo e atendelos coa frecuencia coa que o necesitasen. Queríamos axudarlles a reducir o seu sufrimento e aumentar os seus recursos en caso de crise suicida.

### Que é o que non queremos?

Nin listas de espera longas nin axendas colapsadas. Non queríamos vivir no absurdo de esperar meses para atender a unha persoa con risco suicida.

E non queríamos *burnout*, nin desencanto profesional, nin pasar a tarde dos domingos con picos de ansiedade porque se achega un luns complicado. Xa que se intuía que o noso labor sería emocionalmente duro, polo menos poder exercelo cos recursos apropiados.

Con iso, redactamos un modelo de traballo ao que denominamos **Modelo UPS Vigo** e cuxa última versión é a seguinte:

*«O Modelo UPS Vigo é un programa de intervención ambulatoria de seis meses de duración con participación de persoal de enfermaría, psiquiatría e psicoloxía clínica.*

*Os usuarios poden ser derivados pola Unidade de Hospitalización Psiquiátrica, o Servizo de Urgencias Psiquiátricas ou as consultas ambulatorias de saúde mental. Puntualmente acéptanse derivacións desde outros servizos como as interconsultas psiquiátricas, as unidades de condutas adictivas ou outras UPS da rexión.*

*Hai dous tipos de criterios para aceptar a incorporación á UPS Vigo: os criterios clínicos e os de compromiso. Os criterios clínicos son:*

- *Presentar un risco elevado de conduta suicida. Pódese estimar o mesmo por ter realizado recentemente varias tentativas suicidas, tentativa/s con alto risco de letalidade ou presentar unha ideación grave con posibilidade de paso ao acto.*
- *Non presentar un problema significativo co consumo de sustancias.*
- *Presentar unha capacidade cognitiva suficiente para beneficiarse das intervencións que se realizan no modelo UPS Vigo. Valorarase isto en persoas con CI menor de 70 ou con algunha alteración significativa na conciencia, funcións executivas, atencionais ou mnésicas.*

Os criterios de compromiso inclúen:

- Asinar o contrato terapéutico da UPS Vigo.
- Comprometerse a acudir ás citas programadas.
- Aceptar ter un compañeiro de terapia. Exímese, excepcionalmente, do cumprimento deste criterio ás persoas que non teñen ningunha rede social na contorna próxima.
- Aceptar que outra persoa, habitualmente o compañeiro de terapia, custodie a medicación que tome.

Unha vez comprobado que se cumpren todos os criterios, o usuario incorporárase ao programa ambulatorio de seis meses no que se seguirá o cronograma de consultas que reflicte a táboa 1. Como se pode observar, durante os dous primeiros meses haberá contactos semanais co/a paciente. Entre o terceiro e cuarto mes aumentarase progresivamente o tempo entre consultas dando maior autonomía, se é posible, ao paciente. O quinto e sexto mes é o período no que se pecha a intervención, trabállase sobre a prevención de recaídas e prepárase para a alta na UPS. Este cronograma garante, pois, un mínimo de oito consultas con cada profesional. En caso de crise, o cronograma admite flexibilidade para aumentar o número de consultas por paciente.

O marco teórico de partida é o modelo dos tres pasos (Klonsky e May, 2015; Klonsky et al., 2021). Este modelo sostén que para que haxa ideación suicida debe haber sufrimento e desesperación (1º paso). Se este sufrimento e desesperación supera a conectividade que ten a persoa co mundo, a ideación é forte (2º paso). Se a iso se lle engadese a capacidade de paso ao acto (3º paso), haberá unha tentativa suicida ou un suicidio consumado. En base a isto cada perfil profesional da UPS, desde o seu ámbito de coñecemento, fai unha valoración do sufrimento, desesperanza, conectividade e capacidade de paso ao acto. E, por tanto, os obxectivos terapéuticos serán reducir o sufrimento, reducir a desesperanza, aumentar a conectividade e reducir a capacidade de paso ao acto.

Seguindo unha coherencia con este marco teórico de base, o modelo psicoterapéutico de intervención é a CBT para a prevención do suicidio (Brown et al.,

2002; Henriques et al., 2003). Este modelo sinala tres fases de intervención:

1ª *Avaliación do risco suicida. Desenvolvemento dun plan de tratamento. Elaboración dun plan de seguridade. Adestramento en habilidades para a regulación emocional e o manexo da crise.*

2ª *Identificar e cuestionar crenzas desadaptativas e autoafirmacións que facilitan a aparición das condutas suicidas (por exemplo, a desesperanza, o sentimento de ser unha carga ou o «entrapment»).*

3ª *Prevención de recaídas. Consolidación de habilidades que permitan manexar efectivamente situacións estresantes no futuro.*

**Táboa 1. Calendario de Sesións da UPS**

Semana	Psiquiatría	Enfermaría	Psicología Clínica
1	1ª	1ª	
2		2ª	1ª
3	2ª		2ª
4		3rd (Telf)	
5			3ª
6	3ª	4ª	
7			4ª
8		5ª (Tlef)	
9			
10	4ª		5ª
11			
12		6ª (Tlef)	
13			
14	5ª		6ª
15			
16		7ª (Tlef)	
17			
18			
19	6ª		7ª
20			
21			
22		8ª (Tlef)	
23	7ª		
24			
25			
26	8ª	9ª	8ª

Nota: Tlef: Sesión telefónica

*Este modelo foi validado para a prevención indicada do suicidio (Brown et al., 2005; Rudd et al., 2015; Tarrrier et al., 2008) porque demostrou a súa eficacia na redución das condutas suicidas, pero, lamentablemente, non demostrou a súa eficacia na redución da ideación autolítica.*

*Na primeira semana o paciente ten entrevista de acollida e valoración co persoal de enfermaría e psiquiatría, deseñando cada cal, de forma colaborativa co paciente, o seu plan de tratamento. Na segunda semana fan unha analítica de sangue, entrevista de valoración e plan de tratamento con psicología clínica, e elaboración do plan de seguridade seguindo o modelo de Stanley (Stanley e Brown, 2012). Nas seguintes semanas desenvólense os plans de tratamento elaborados en función da valoración realizada, o marco teórico do modelo do tres pasos e a CBT para a prevención do suicidio. Cada venres se fai unha reunión de equipo para valorar a evolución dos pacientes e coordinar as intervencións.»*

Este modelo de traballo, para que sexa funcional e nos permita manter unha boa frecuencia das consultas, limita en 80 o máximo de pacientes activos<sup>4</sup>. Nun programa de seis meses de duración, isto supón entre tres e catro pacientes novos por semana e outras tantas altas de persoas que finalizan o programa.

Neste momento xa sabemos como facelo, que era o que queríamos e o que non, mesmo xa había un modelo operativo que nos indicaba como poñelo en práctica. De todos os xeitos, faltábanos unha parte importante, faltaba que ao Sistema lle parecese ben o que expuñamos e nos deixase facelo.

E deixounos facelo. Creo que foi por dous motivos:

— As boas compañías. En forma, nesta ocasión, de xefe de servizo. Entendeu e apoiou sempre a nosa proposta e a nosa forma de afrontar a prevención do suicidio e conven-

ceu ao Sistema de que a nosa formulación era o correcta.

— O momento da negociación e o impacto da novidade.

Falemos un pouco deste último motivo e permitídemme para iso facer un circunloquio. Hai algúns anos, na miña etapa de traballo nun gabinete privado, fixen moita terapia de parella. Un dos aspectos que máis me interesaban eran os acordos «fundacionais» da parella<sup>5</sup>. A maior parte destes acordos son implícitos, non se forman tras unha conversa, senón a través da repetición de interaccións. Estes normalízanse na relación e configuran o que espera o un do outro. Quen baixa o lixo? Como xestionamos o tema do diñeiro? Que tipo de relación teremos coa familia política? No sofá, deitados ou sentados? E, como estas preguntas, pódensenos ocorrer moitas máis que a parella manexa e responde no cotián sen sentar explicitamente a falar sobre iso.

Negóciense moitos acordos ao principio da relación. Nese momento é fácil introducir cambios nas pautas de interacción. Vólvese máis complexo introducir matices cando esas pautas xa forman parte dunha rutina instaurada. Por iso, as primeiras etapas dunha relación son claves, xa que se negocian, xeralmente de maneira implícita, os patróns de relación que guiarán a interacción futura.

O inicio dunha unidade<sup>6</sup>, nesta mesma liña argumental, é clave porque é o momento no que o sistema é máis permeable aos acordos. O será menos cando xa haxa uns procedementos instaurados.

4 No caso de que sexa preciso, poderíase aumentar a 90. Isto afectaría, dentro das marxes razoables, ao tempo de espera entre consultas e a sobrecarga da axenda dos profesionais.

5 Para este tema non podo evitar recomendar o libro *Contrato matrimonial y terapia de pareja* (Sager, 2010).

6 Diría incluso o «preinicio». O momento previo á apertura da Unidade.

## QUE SUCEDEU? CRÓNICA DOS PRIMEIROS PASOS

*Mestra quería que a vida fose diferente, que fose como ela a viviu na súa infancia, cos mesmos valores e as mesmas reflexións. Non era un querer o seu pasivo, era un desexo intenso, forte e belixerante. Impositivo diría. Pero a súa Contorna non estaba cómoda coa belixerancia e menos coas imposicións. E fñronse distanciando, Contorna coa súa narrativa e Mestra coa súa.*

*Mestra non foi capaz de saír da súa propia visión, de flexibilizar o seu desexo ou o seu método para obtelo. Non puido escoitar máis aló da súa propia voz. Só soubo, ou puido, introducir máis forza nos mesmos actos. E xa sabemos que a belixerancia non é eterna, nalgún momento convive coa tristeza ou desemboca nela. Coa tristeza subiu por última vez ao piso de arriba desa casa que no seu día estivo chea de Contorna.*

O texto co modelo de traballo que aparecía no epígrafe anterior é a última versión do mesmo. Polo camiño, fomos engadindo e quitando contidos. Cóntovos o relato do proceso, pero, antes, aclaremos aspectos clave na organización das axendas de traballo nunha consulta ambulatoria, pública ou privada<sup>7</sup>. A lista de espera para unha primeira consulta na unidade depende do número de derivacións que reciba. Podemos facer tres ou catro primeiras consultas á semana. As derivacións van ocupando eses ocos das axendas. Cantas máis derivacións haxa, máis terá que esperar a persoa.

A lista de espera entre consultas, en cambio, depende principalmente do número de pacientes activos que haxa.

Ourense, a nosa unidade de referencia, tiña moi abertas as posibilidades de derivación. Podíanlle chegar pacientes desde diferentes dispositivos, incluída atención primaria. Vigo é unha Área Sanitaria que ten ao redor de 600.000 habitantes, moitos máis que a área de referencia do PII de Ourense. Por iso, optamos por recibir derivacións unicamente da Unidade de Hospitalización Psiquiátrica, as Urgencias Psiquiátricas e as Unidades de Saúde Mental. O propósito era manter o tempo de espera ata unha primeira consulta en 14 días como máximo. Podíanos derivar calquera facultativo especialista que traballase nas Unidades antes sinaladas e para iso debía cubrir un formulario co motivo de derivación e cumprir un cuestionario que elaboramos *ad hoc* baseándose na teoría dos tres pasos de Klonsky (Klonsky e May, 2015; Klonsky et al., 2021).

Que sucedeu? Ao finalizar o ano 2021, dez meses despois de iniciar a actividade, o tempo de espera para unha primeira consulta era de 40 días. En abril de 2022 alcanzouse o máximo tempo de espera, 59 días. Algo non estaba a funcionar.

Cando recibiamos unha derivación, a persoa directamente entraba no programa de seis meses. Co tempo vimos que unha parte menor, pero importante, das derivacións non cumprían cos criterios de admisión na Unidade, aínda que o caso xa estaba aceptado. Tomamos, entón, dúas medidas: volvemos redactar os criterios de admisión e iniciamos o sistema de triaxes. Cóntovos en que consistiron ambas as medidas.

Os criterios de admisión debían ser moi claros e coñecidos por todo o persoal que puidese derivar. Con iso buscábamos que as derivacións fosen máis oportunas e tamén ter unha guía clara ao realizar a entrevista de triaxe. Finalmente adoptamos estes criterios<sup>8</sup>:

7 Cando pensemos en contextos públicos, asumamos máis rixidez nos procesos.

8 Xa descritos cando se explicou o «Modelo UPS Vigo»



Foto: Jeffrey Czum

**Criterios clínicos:**

- 1/ Risco elevado de conduta suicida: pódese estimar o mesmo por realizar recentemente varias tentativas suicidas, tentativa/s con alto risco de letalidade ou presentar unha ideación grave con posibilidade de paso ao acto.
- 2/ Non presentar un problema significativo co abuso de sustancias<sup>9</sup>.
- 3/ Presentar unha capacidade cognitiva suficiente para beneficiarse das intervencións que se realizan na UPS<sup>10</sup>.
- 4/ Non realizar dous programas íntegros coa UPS nin ser dado de alta da UPS nos seis meses previos<sup>11</sup>.

**Criterios de compromiso:**

- 1/ Asinar o contrato terapéutico da UPS de Vigo.
- 2/ Comprometerse a recorrer ao teléfono de Urxencias da UPS só nas condicións que explicita o contrato terapéutico.

3/ Comprometerse a acudir ás citas programadas. Finalizarán o programa todas aquelas persoas que non acudan a dúas sesións do programa sen avisar previamente<sup>12</sup>. Esas persoas retomarán a atención ordinaria en Saúde Mental.

4/ Aceptar ter un/unha compañeiro/a de terapia<sup>13</sup>. No caso de que, pola situación social do paciente, isto non sexa posible, o equipo da UPS valorará se é posible realizar a intervención.

O sistema de triaxes segue o fluxograma que aparece na figura 1 e consiste en realizar unha entrevista á persoa derivada para valorar se cumpre os criterios antes expostos. Esta triaxe faina o persoal de enfermaría en menos de sete días despois da derivación e pode ser positiva, o que suporía a entrada no programa, ou negativa. En caso negativo o persoal de enfermaría informa ao equipo da UPS do criterio que valora que non cumpre a persoa para entrar no programa e cita con psiquiatría ou psicoloxía clínica para repetir a triaxe. A segunda triaxe pode ser, de novo, positiva e entrar no programa, ou negativa. Neste último caso a persoa será derivada a súa Unidade de Saúde Mental ou, de ser o caso, a algunha Unidade de Condutas Adictivas.

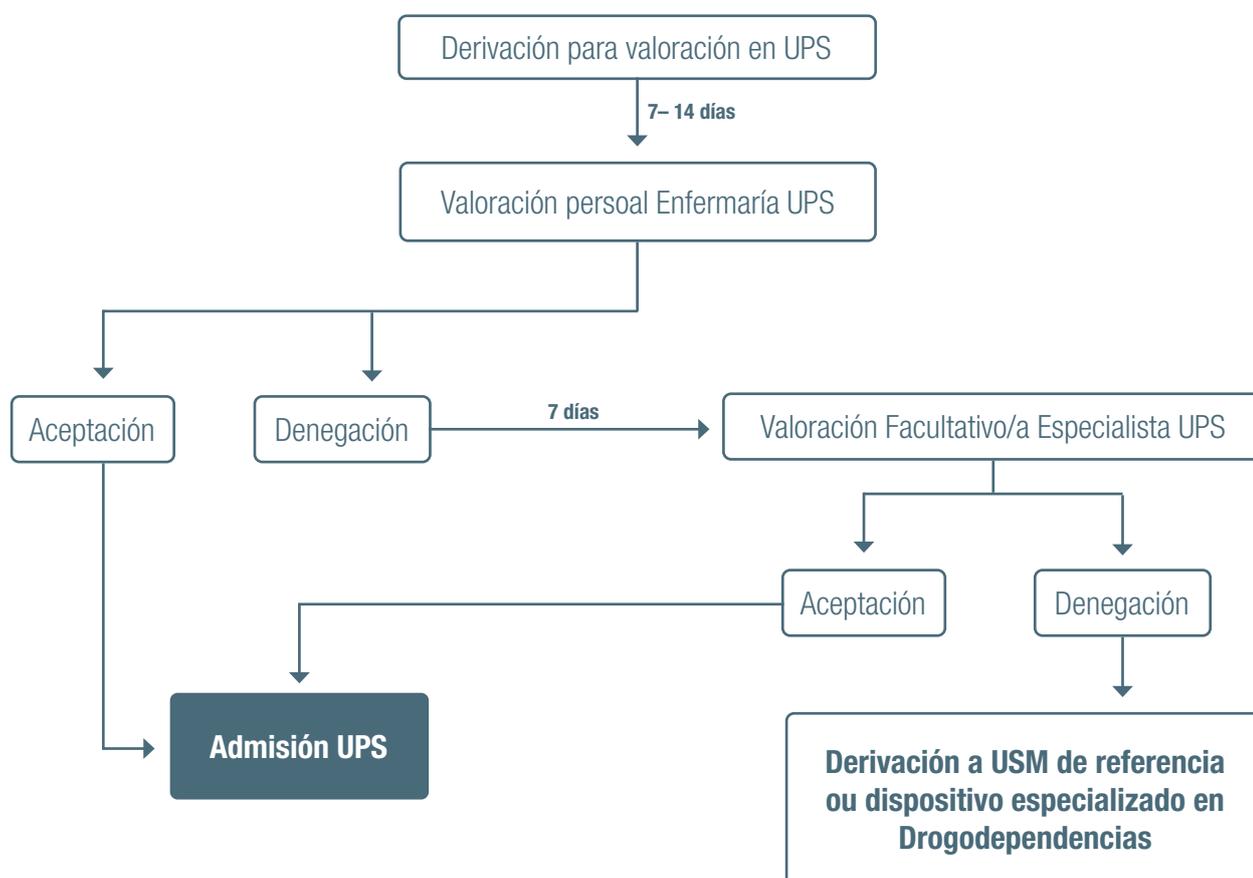
9 Enténdese que neses casos os pacientes beneficiaríanse máis das intervencións realizadas nos dispositivos especializados en drogo-dependencias.

10 Valorarase isto en persoas con CI menor de 70 ou con algunha alteración significativa na conciencia, funcións executivas, atencionais ou mnésicas.

11 Enténdese que a UPS é un programa para dotar de recursos aos pacientes nunha crise suicida e non é un programa de intervención continua. Aumentar o número de programas que realizan os pacientes non redundará en máis recursos dos xa traballados nos dous programas previos. Tamén entendemos que, despois da alta, hai que darlle a oportunidade ao paciente para que poña en práctica os recursos traballados e á intervención habitual para amosar a súa eficacia. Por isto estipúlense seis meses entre unha derivación e outra á UPS.

12 Enténdese por «avisar previamente» toda aquela comunicación informando que non acudirá á consulta que se faga nos días previos ou no mesmo día da consulta.

13 Debe ser unha persoa de máis de 18 anos e que non teña padecido recentemente sintomatoloxía psiquiátrica grave.

**Figura 1. Proceso de valoración para admisión na UPS**

Este sistema de triaxes e os conceptos claros de derivación funcionaron. A última semana de 2022, o tempo de espera para unha primeira consulta era de 18 días.

Que sucedeu co tempo de espera entre consultas e coa carga asistencial? Como sabemos isto depende do número de pacientes activos. No noso contexto hai certo furor polos números de primeiras consultas realizadas e revisións feitas ao mes ou ao ano. Parece que isto lle dá certo «pedigrí» ao profesional que presente mellores números<sup>14</sup>. É complexo escapar desta inercia, desta paixón, desta carreira por facer moitas consultas. De feito, en xullo e novem-

bro de 2021, no canto de facer tres ou catro primeiras consultas á semana, fixemos oito. En abril de 2022 tiñamos 112 pacientes activos nun programa deseñado para 80. En psicoloxía clínica tiñamos días con 10 ou 11 persoas citadas, moitas delas en situación de crise.

A principios de 2022, un ano despois de abrir a UPS, tiñamos, pois, todo aquilo que queriamos evitar: listas de espera longas, axendas colapsadas e *burnout*.

A situación cambiou coa apertura de espazos de reflexión conxunta nos que, máis aló de posicións de poder, debateuse sobre o estado actual da UPS e a inevitable deriva que nos mostraban os números. Eses espazos de re-

14 Independentemente do resultado da intervención, da duración da consulta ou da satisfacción coa mesma.

flexión xeraron medidas concretas para revertir a situación. A saber:

- Reescribir o protocolo da Unidade.
- Redactar de novo os criterios de entrada ao programa.
- Implantar o sistema de triaxes.
- Facer unha reunión de equipo todos os venres.
- Ser máis estritos na limitación do número de primeiras consultas que se facían cada semana.

Estas medidas contaron co apoio do xefe de servizo e puidéronse pór en práctica dunha maneira sinxela porque, para iso, apenas necesitabamos que participase ninguén fóra do equipo. A consigna era: «cuestións sinxelas que queiramos e poidamos resolver nós».

Isto é o prosaico do sistema. A posibilidade de obter algo do mesmo é inversamente proporcional ao número de persoas implicadas niso. Esta regra, no entanto, o sistema pona parcialmente en suspenso no período que precede a inauguración de calquera unidade. Unha vez feita a foto, máis rixido e inaccesible se volve a converter todo.

En resumo, as principais aprendizaxes que obtivemos dos nosos inicios foron: o papel relevante da idea fundacional, copiar a quen o estaba facendo ben, aproveitar a flexibilidade do sistema antes de inaugurar, aprender a pararse e non caer en inercias, atopar a maneira de avanzar apelando principalmente a «cuestións sinxelas que queiramos e poidamos resolver nós» e, finalmente e creo que a máis importante, a importancia de facer todo isto, se se pode, rodeado de boa compañía.

Para finalizar permitíndeme que volva do organizativo ao persoal. As miñas dúbidas do comezo resolvéronse, creo que foi unha boa idea participar deste proxecto. Teño a fantástica sensación para un traballador da Sanidade Pública de que chegamos a tempo para moi-

ta xente e que os atendemos ben. Así o demostran os resultados que estamos a recoller e nolo fan saber a miúdo con palabras que nos outorgan un peso grande nas mellorías e que nos empeñamos en minimizar porque, se nos atribuímos en exceso o éxito, tamén o deberíamos facer cos finais non desexados. Creo tamén que o meu traballo na UPS alude máis a crises existenciais que a síntomas psicopatolóxicos e falamos moito máis sobre razóns para vivir, valores persoais e proxectos futuros que sobre triadas cognitivas ou estímulos fóbicos. E sorprendentemente, compañeiras e compañeiros, atópome cómodo aí.

## Bibliografía

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, *294*(5), 563–570. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563>

Brown, G.K., Henriques, G.R., Ratto, C., & Beck, A. T. (2002). *Cognitive Therapy Treatment Manual for Suicide Attempters*. Philadelphia. University of Pennsylvania.

Cai, Z., Junus, A., Chang, Q., & Yip, P. S. F. (2022). The lethality of suicide methods: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *300*, 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.054>

D’Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G., & Martin, C. (2019). Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. *Annals of internal medicine*, *171*(5), 334–342. <https://doi.org/10.7326/M19-0869>

Gordon R. S., Jr (1983). An operational classification of disease prevention. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, *98*(2), 107–109.

Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological medicine*, 36(9), 1225–1233. <https://doi.org/10.1017/S003329170600780X>

Henriques, G., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2003). Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1258–1268. <https://doi.org/10.1177/0002764202250668>

Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>

Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A., & May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Preventive medicine*, 152(Pt 1), 106549. <https://doi.org/10.1016/j.pymed.2021.106549>

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, 72, de 25 de marzo de 2021. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>

Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *The American journal of psychiatry*, 178(7), 611–624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>

Pashak, T. J., Percy, C. S., Trierweiler, E. J., Bradley, S. M., Conley, M. A., & Weaver, J. S. (2022). Awareness isn't saving lives: An experimental exploration of suicide risk reduction methods for emerging adults. *Suicide & life-threatening behavior*, 52(4), 740–751. <https://doi.org/10.1111/sltb.12857>

Reijas Ruiz, T., Ferrer Gómez del Valle, E., González García, A., e Iglesias Abellás, F. (2013). Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(5), 279-286

Rodríguez-Otero, J. E., Campos-Mouriño, X., Meilán-Fernández, D., Pintos-Bailón, S., & Cabo-Escribano, G. (2022). Where is the social in the biopsychosocial model of suicide prevention? *The International journal of social psychiatry*, 68(7), 1403–1410. <https://doi.org/10.1177/00207640211027210>

Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., Williams, S. R., Arne, K. A., Breitbart, J., Delano, K., Wilkinson, E., & Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *The American journal of psychiatry*, 172(5), 441–449. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070843>

Sager, C. J. (2010). *Contrato matrimonial y terapia de pareja*. Amorrortu.

Servizo Galego de Saúde. (2020). *Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19 2020-2024*. [https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/14102/Plan\\_saude\\_mental\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/14102/Plan_saude_mental_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>

Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior modification*, 32(1), 77–108. <https://doi.org/10.1177/0145445507304728>

Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Zalsman, G., Zemishlany, Z., Carli, V., & European Psychiatric Association. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 27(2), 129–141. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.06.003>

Xunta de Galicia (2017). *Plan de Prevención do Suicidio en Galicia*.

# REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL A TRAVÉS DA CREATIVIDADE E DO EMPREGO PARA PERSOAS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMIDADE MENTAL GRAVE. DOS COMEZOS DO PROXECTO ATA DÍA DE HOXE.

**Participantes de Andaina PSM**

**María López Piñeiro**

*Psicóloga Sanitaria*

**Equipo de profesionais de Andaina PSM**

[psicologia@andainapsm.org](mailto:psicologia@andainapsm.org)

SUMARIO

CASTELÁN

## RESUMO

Andaina Pro Saúde Mental (PSM) é unha asociación sen ánimo de lucro que acompaña a persoas diagnosticadas con Trastorno Mental Grave (TMG) no seu proceso de rehabilitación psicosocial e laboral. Abordamos a saúde mental desde unha perspectiva integral para contribuír á mellora da calidade de vida das persoas e as súas familias a través da provisión de apoios e a facilitación da súa inclusión social e laboral. Desde fai máis dunha década facemos uso da creatividade e o emprego como ferramentas rehabilitadoras. A creatividade constitúe un elemento de relevancia para o benestar individual e supervivencia social, xa que permite ao individuo adaptarse a unha sociedade cambiante. Na nosa práctica clínica, testemuñamos os beneficios que o desenvolvemento laboral e a creatividade achegan aos/ás usuarios/as (beneficios consensuados pola comunidade científica). As persoas participantes nos talleres (arte, creación téxtil, radio e prensa escrita) e do noso Centro Especial de Emprego (CEE), dan fe diso. Con este artigo, pretendemos achegar a creatividade e o emprego como ferramentas rehabilitadoras, así como os beneficios das mesmas da man dos propios participantes.

**PALABRAS CHAVE** — saúde mental; creatividade; rehabilitación; trastorno mental grave; emprego protexido.

## ABSTRACT

Andaina Pro Saúde Mental (PSM) is a non-profit association that accompanies people diagnosed with Severe Mental Disorder (SMD) in their psychosocial and labor rehabilitation process. We approach mental health from an integral perspective in order to contribute to the improvement of the quality of life of people and their families through the provision of support and the facilitation of their social and employment inclusion. For more than a decade we have been using creativity and employment as rehabilitative tools. Creativity is an element of relevance for individual well-being and social survival, as it allows the individual to adapt to a changing society. In our clinical practice, we testify to the benefits that employment development and creativity bring to the users (benefits agreed upon by the scientific community). The participants in the workshops (art, textile creation, radio and written press) and in our Special Employment Centre attest to this. With this article, we pretend to approach creativity and employment as rehabilitative tools, as well as their benefits from the vision of the participants themselves.

**KEY WORDS** — mental health; creativity; rehabilitation; severe mental disorder; protected employment.

## PRESENTACIÓN

Andaina Pro Saúde Mental (PSM) é unha asociación sen ánimo de lucro que nace no ano 2010 para promover a saúde mental comunitaria, prestar apoio a persoas con problemas de saúde mental e promover a defensa dos seus dereitos. Está conformada por un colectivo de persoas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG), polas súas familias e persoas próximas, e o seu ámbito de actuación son as comarcas rurais de Ordes e Ulla-Sar. Ademais, conta cun Centro Especial de Emprego (CEE), situado en Dodro, onde se elaboran, entre outros produtos, zumes e sidra de forma artesanal.

Andaina PSM leva tamén a cabo diversos programas no ámbito comunitario coa finalidade de promover a saúde mental na comunidade dos concellos rurais da Área Sanitaria de Santiago e Barbanza. Entre estes programas atopamos: Atención Domiciliaria, Lecer e Integración Comunitaria, Igualdade, Prevención do Suicidio, Sensibilización Social e Voluntariado.

Nos Centros de Rehabilitación Psicosocial e Laboral (CRPL), en Dodro e Ordes, realízase un acompañamento de carácter integral para o mantemento e a recuperación de capacidades e habilidades. Esta atención é levada a cabo por un equipo profesional multidisciplinar, mediante o desenvolvemento de actividades grupais e unha atención psicosocial individualizada.

## CREATIVIDADE E SAÚDE MENTAL

Aristóteles consideraba a creatividade como un proceso racional orixinado na natureza e, por tanto, baseada en leis naturais (Chávez e del Carmen Lara, 2000).

Tras el, o interese polo seu estudo foi en aumento. A heteroxeneidade nas definicións da creatividade débese a que foi estudada desde diferentes perspectivas (López-Fernández e Llamas-Salguero, 2018). Un exemplo disto sería, desde a psicoloxía, Guilford, quen defendía a súa investigación e avaliación do mesmo xeito que se facía coa intelixencia; establecendo unha importante relación entre estes dous conceptos (González e Novoa, 2020).

Aínda que a creatividade foi estudada como constructo illado, tamén comezou a investigarse en relación á psicopatoloxía. En 1985, Silverman tentou explicar a converxencia entre trastornos afectivos e xenialidade, e postula que o suxeito creativo elabora novas ideas durante a depresión e realízalas durante a hipomanía, polo cal propón empregar terapias «creativas», como pintar ou escribir, para ampliar as súas perspectivas para solucionar os seus conflitos (Chávez e del Carmen Lara, 2000).

Aínda que moitos autores relacionan a creatividade e a psicopatoloxía, aínda non se coñece o porqué desta asociación nin o tipo de relación que hai entre ambas. A día de hoxe, existen moitas preguntas sen resposta para as que non bastan os estudos de casos ou de tipo anecdótico; é necesario investigar especificamente estes interrogantes con maior rigor.

Á espera de novas investigacións e resultados concluíntes, na nosa práctica profesional constatamos os beneficios que o desenvolvemento da creatividade ten na saúde mental. Así, máis aló da liña metodolóxica e da gravidade dos problemas de saúde mental sobre os que intervimos, pór a disposición dos/as usuarios/as diferentes ferramentas de intervención creativa favorece o benestar, a autodeterminación e o desenvolvemento persoal.

Na nosa asociación, o taller téxtil, a realización dunha sección de radio e outra de prensa escrita ou o taller de arte son algunhas das ac-

tividades creativas a través das cales complementamos o noso traballo terapéutico.

### **A arteterapia no proceso rehabilitador: taller de pintura.**

A aplicación de arteterapia para atender as patoloxías psiquiátricas veuse expandindo desde metade do século XX. Foi entón cando certos movementos culturais e científicos propiciaron verdadeiros cambios na percepción da saúde e da enfermidade, así como da arte (Coll Espinosa, 2016).

Foi o artista Adrian Hill, en 1942, quen acuñou o termo de «arteterapia», tras estar ingresado en 1938 en King Edward VII Sanatorium por causa dunha tuberculose. Por medio de procesos creativos, Hill explorou as súas vivencias e atopou unha forma para a súa recuperación emocional. Publicou a súa primeira obra en 1943 (González e Novoa, 2020).

Numerosos autores e autoras, entre os que se atopan Margaret Naumburg, Edith Kramer, Tessa Dalley (Coll Espinosa, 2016); defenderon, ao longo do século pasado, a utilización do proceso de creación artístico como unha ferramenta non só de avaliación, senón de intervención terapéutica, destacando os efectos positivos que esta tiña nos seus pacientes.

Na actualidade, entidades como a Asociación Americana de Arte Terapia, a British Association of Art Therapists (Coll Espinosa, 2016) ou o Sistema Nacional de Saúde, que editou en 2009 a *Guía de Práctica Clínica de Intervencións Psicosociais no Trastorno Mental Grave* (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009, guía pendente de revisión), definen a arteterapia desde diferentes perspectivas, pero converxen na súa incorporación ao proceso rehabilitador de persoas con problemas de saúde mental.

Cando falamos de arte referímonos á expresión artística no seu sentido máis amplo, abarcando diferentes disciplinas (pintura,

escritura, danza, escultura, teatro, etc.) que levan implícito un proceso creativo. O seu desenvolvemento no campo da investigación psicolóxica, educativa e médica foi consolidando un corpo teórico importante que relaciona a arte co benestar das persoas e a saúde. Así, numerosas investigacións constatan a arteterapia como un dispositivo que promove o crecemento persoal en todas as súas dimensións: emocional, cognitiva, social e física (Dumas e Aranqren, 2013; Espinosa, 2016; González e Novoa, 2020; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

Unha das fundadoras de Andaina PSM, experta en arte e voluntaria, decidiu fai máis de dez anos utilizar a súa paixón como actividade rehabilitadora. Así xurdiu o taller de pintura, taller semanal no que os/as usuarios/as da entidade fan uso da súa capacidade creativa e artística co apoio de educadoras sociais. Dar a oportunidade de expresarse mediante a técnica de acrílico sobre papel, táboa ou sobre lenzo, permite fomentar a autodeterminación, a introspección e o apoio mutuo.

As obras de arte resultantes son expostas no propio centro e en exposicións itinerantes en espazos comunitarios, centros de atención primaria, cafetarías etc. O diñeiro recadado destínase aos/ás artistas e a material para a creación de novas obras. Na páxina web da asociación móstranse as obras dispoñibles (<https://andainapsm.org/>).

### **Desenvolvemento da autodeterminación a través do proceso creativo: taller téxtil.**

Os conceptos «autodeterminación» e «calidade de vida» ocuparon un lugar preferente nas prácticas innovadoras en saúde mental dos últimos anos. A relación entre ambos os conceptos fíxose evidente cando, a partir da década dos 90, Schalock incluíu a autodeterminación como unha das dimensións chave no seu mo-

delo de calidade de vida (Verdugo e Martín, 2002).

Desde entón, comezou a terse en conta a percepción subxectiva das persoas no deseño, planificación e avaliación dos programas de intervención, a fin de mellorar as súas condicións de vida e potenciar os resultados terapéuticos. A toma de decisión con respecto aos obxectivos e os apoios, así como a súa temporalización e o control persoal sobre os recursos, son condición crucial para unha rehabilitación con éxito e unha planificación centrada na persoa (PCP).

Foi en xuño de 2020 cando unha usuaria, en colaboración coa educadora social, propuxo deseñar e crear bolsos e camisetas sobre a base dos seus coñecementos profesionais previos e ante a suspensión do taller de radio debido á

COVID-19. A proposta do taller téxtil foi ben acollida polo equipo de profesionais e comezou a interesar a outras mulleres usuarias da entidade (actualmente conta con catro integrantes).

Trátase dun taller autoxestionado que busca apoiar a autonomía e competencia persoal e, como fin último, mellorar a calidade de vida e potenciar o proceso rehabilitador. Son as participantes do taller quen deciden que artigos producen, quen xestionan os encargos e guían os talleres. As profesionais unicamente supervisan e prestan apoio cando se demanda. O sentido de elección, o traballo en equipo, a expresión e xestión emocional, así como as oportunidades para unha autodirección son a base sobre a que se sustenta a organización do taller téxtil.



Foto cedida pola asociación

Os artigos producidos expóñense no noso CRPL de Ordes, en diversas feiras artesanais, así como na propia web de Andaina PSM.

### **O proceso creativo nos medios de comunicación: taller de prensa escrita e radio.**

Os medios de comunicación son probablemente un dos maiores axentes cristalizadores e difusores de tendencias sociais. En ocasións son, por iso, responsables da perpetuación de estereotipos, prexuízos e condutas discriminatorias (Muñoz e col., 2011).

No referente á saúde mental, podemos consideralos unha das principais fontes de coñecemento a disposición dos cidadáns (Organización Mundial da Saúde, 2001). Dada a súa capacidade de influencia, é esencial coñecer cal é o papel da televisión, a prensa escrita ou a radio na transmisión dos estereotipos, actitudes e prexuízos negativos frecuentemente asociados á enfermidade mental crónica. Os resultados de investigacións no noso país mostran un contraste entre a escasa presenza de información relacionada con saúde mental nos principais medios de comunicación, incluso vinculando a enfermidade mental con actos violentos ou delituosos ou outros contidos de carácter negativo, e a utilización abusiva de termos relacionados con patoloxía mental. Tales termos ou expresións a miúdo utilízanse de forma incorrecta ou cun ton pexorativo e eticamente inaceptable (Muñoz et al., 2011).

O medo, a incompreensión e os prexuízos contribúen ao estigma, á exclusión social e á discriminación sobre persoas cuxa saúde mental se viu comprometida. Así, coa intención de visibilizar a asociación, sensibilizar e informar sobre saúde mental, foméntase a creatividade a través da colaboración nun programa de radio e unha columna en prensa local.

O contido de ambas publicacións é creado ou seleccionado na maioría das ocasións polas

persoas participantes (empregando os apoios profesionais que elas consideran necesarios).

Se atendemos concretamente ás columnas de prensa escrita, estas publícanse mensualmente en *Diario Crónicas*, diario comarcal da contorna de Ordes. Unha das seccións oriéntase a temas de actualidade, crítica social e desestigmatización da enfermidade mental, e a outra destínase á poesía. Ambas seccións son redactadas integramente por participantes do CRPL.

O espazo radial Andaina PSM pódese escoitar cada luns en Radio Valga (107.4 FM) de 12:15 a 12:45 horas. As persoas participan en pequenos grupos de seis ou sete persoas e cada unha delas realiza unha pequena sección en directo. O contido das mesmas versa sobre: humor, saúde mental, benestar, actualidade e feminismo.

### **Fases da arteterapia e proceso rehabilitador.**

As actuacións realizadas nas fases creativas dos talleres de pintura, téxtil, de radio e prensa escrita, traen consigo os seguintes beneficios (Fernández e Chamas Salguero., 2018):

#### **— Fase de preparación:**

Reflexión e toma de decisión sobre o contido das seccións. Estimúlanse as funcións da corteza prefrontal, percepción e atención. Nesta fase os beneficios obsérvanse a nivel de autodeterminación, orientación á realidade e mantemento de capacidades cognitivas.

#### **— Fase de incubación:**

O traballo engloba tarefas de procura de información, identificación, selección, almacenaxe e clasificación da mesma, estimulando así funcións cognitivas como a memoria, funcións executivas e estruturas como o hipocampo e a corteza prefrontal. Trabállase o manexo de TICS e distintas fontes de información. Apreciamos melloras na capacidade de abstracción, or-

ganización e síntese, toma de decisión e flexibilidade mental.

— **Fase de iluminación:**

Planificación e composición da sección. Traballamos técnicas de redacción, comunicación, tolerancia á frustración e procura de solucións. Foméntase a autonomía, aínda que se prestan os apoios necesarios tendo en conta as necesidades individuais.

— **Fase de verificación:**

Supervísase e perfeccionase o contido e a estrutura das seccións. No caso do programa de radio realízanse varios ensaios antes de entrar en directo. Traballamos áreas motoras, visuais e auditivas, e os centros da linguaxe, así como áreas relacionadas con funcións executivas, monitorización da conduta e solución de problemas. Nesta fase apreciamos os beneficios no manexo da tensión e estratexias de afrontamento, ademais da mellora da imaxe persoal e a autoestima.

Máis aló da bibliografía existente e a nosa visión profesional, a experiencia dos/as participantes da nosa entidade dá fe dos beneficios que conleva para a súa realización persoal e benestar emocional o fomento da creatividade nos diversos talleres, así como a súa inclusión no mundo laboral.

## EMPREGO E SAÚDE MENTAL

En Andaina PSM contamos cun CEE, Andaina Pro Saúde Mental Emprego SLU. Trátase dunha sociedade anónima unipersoal dependente da asociación promotora Andaina PSM, dedicada á elaboración de zumes, sidras e outras bebidas aromatizadas.

Na actualidade, ademais de traballar na nosa propia fabricación, traballamos para outras empresas como envasadores, na xestión de al-

macén e na loxística (envío de pedidos). Contamos con seis persoas contratadas (cinco das cales teñen a súa saúde mental comprometida), cunha media de 15 horas semanais. A calidade dos produtos elaborados proporciona aos/ás empregados/as un sentimento de orgullo e adhesión ao proxecto que ten un papel protagonista.

Este proxecto nace a partir da coexistencia de tres realidades:

Por unha banda, a situación de desvantaxe social que sofren as persoas con discapacidade, xa sexa de orixe física, psicolóxica ou psiquiátrica; á hora de acceder ao mercado laboral ordinario. Ademais, as persoas con trastorno mental de zonas rurais sofren unha dobre discriminación, social e estrutural, que limita as súas oportunidades de acceso a servizos, formación e emprego, así como as alternativas culturais e de lecer integradoras.

Por outra parte, a nosa visión holística da rehabilitación, tendo en conta todas as dimensións da persoa (física, psicolóxica, social e laboral), para un desenvolvemento integral. Entendemos o emprego como unha chave á integración e participación plena na comunidade, como un elemento importante para o desenvolvemento da autonomía e independencia e, ademais, un promotor da identidade e responsabilidade persoal e autoestima. Ten, por tanto, un valor social, económico e psicolóxico. Partimos da adaptabilidade do posto ás necesidades cambiantes da persoa, sen obviar o desenvolvemento de habilidades por parte desta para o desempeño e o mantemento dunha produtividade satisfactoria para todos os axentes implicados.

Por último, traballando no ámbito rural somos coñecedores das necesidades e dificultades específicas desta poboación. Así, ano tras ano viamos como se desperdiciaban colleitas no campo e cremos necesario darlles un valor engadido, aumentar o seu valor no mercado,

e incrementar a produtividade económica no rural.

En base ao anterior, comezamos a explorar o mundo da transformación de froitas tanto en zume como en conserva co obxectivo de mellorar a empleabilidade e complementar a intervención terapéutica das persoas ás que apoiamos. Entre 2014 e 2017, como resultado de varias capacitacións, as persoas participantes no proxecto adquiriron coñecementos neste campo e logramos que persoas expertas no sector agroalimentario se sumasen ao mesmo.

En maio de 2017, nace Andaina Pro Saúde Mental Emprego SLU, axuntando o sector da saúde (inserción laboral), á economía circular (aproveitamento de alimentos) e produtiva (creación de emprego en zonas rurais). Neste mesmo ano, ademais da constitución legal e outros trámites administrativos relacionados coa empresa, lograronse dous fitos fundamentais para o lanzamento do proxecto: conseguir os rexistros sanitarios permanentes (registro de zumes e outras conservas vexetais e bebidas fermentadas), para o que foi necesario realizar adaptacións nas instalacións e material utilizado, ademais de cumprir coa documentación e procedementos de fabricación e seguridade alimentaria; e, doutra banda, a catalogación da Xunta de Galicia como Centro Especial de Emprego sen Fins de Lucro.

Foi entón cando comezamos a vender nosa propia produción baixo a marca «Andaina» a comercios, bares e calquera establecemento interesado. O crecemento foi lento, sen practicamente ningunha asignación orzamentaria, tendo, por tanto, que utilizar os recursos dispoñibles da asociación promotora.

En 2022 alcanzamos unha facturación de 30.000 € (un aumento do 54% respecto ao 2021) e 2.693 horas de traballo para persoas con diagnóstico de TMG (un aumento do 13% respecto ao 2021). Estas estatísticas mostran o crecemento e consolidación do proxecto que permitiu implementar melloras técnicas para ser máis eficientes e competitivos, e así fortale-

cer o equipo de traballo con melloras na xornada laboral e aumento de persoal.

No que respecta ao futuro, cremos que o modelo de negocio baseado no servizo de fabricación para outras empresas ou cooperativas permitiranos seguir crescendo. Para iso contamos coas autorizacións sanitarias pertinentes (tamén o rexistro para a elaboración de bebidas aromatizadas) e unha capacidade de produción media, o que permite producir a empresas que non teñen o volume de produción esixido por grandes naves de envasado industrial.

## RELATOS EN PRIMEIRA PERSONA DE ESTAS EXPERIENCIAS

### Taller de arte

Algunhas das persoas participantes na entidade, contan a súa experiencia utilizando a arte, neste caso a pintura, como ferramenta rehabilitadora:

«No obradoiro de pintura sintome máis realizado.»

«Canto máis pinto, mellor me sinto.»

«Podo expresar os meus problemas pintando.»

«Sintome moi ben cos meus compañeiros, son marabillosos.»

«En pintura sintome cómodo e feliz.»

«Estou cómodo, sintome moi ben.»

«Sintome relaxada pintando.»

«Eu son participante do obradoiro de pintura en Andaina Pro Saúde Mental que se imparte os martes pola tarde. Nel aprendemos a pintar cadros. A clase de pintura impártea unha voluntaria: Omaira, que sempre nos di que a pintar se aprende pintando. Os cadros que pintamos poden ser imitacións dunha lámina ou ben ser obras orixinais. Pintamos sobre lenzo de tea con pintu-



Fotos cedidas pola asociación

*ra acrílica. Aínda que eu ultimamente estou experimentando con acuarela sobre papel. De feito, no obradoiro temos moita liberdade de acción. Hai compañeiros que lles costa máis pintar cadros e prefiren colorear debuxos con lapis de cores. Tamén escoitamos música e dámoslle ao «palique». Participamos dun espazo de entretemento e confraternización. É un xeito de pasar unha boa tarde en boa compañía. Tamén merendamos e cando hai un aniversario celebrámolo entre todos. En ocasións, facemos exposicións coas nosas obras. Por exemplo, agora temos cadros expostos no Centro Médico de Ordes. As nosas obras pódense adquirir dando un donativo que serve para mercar material artístico. Eu, en particular, estou moi satisfeito co taller xa que teño certa vocación artística e penso que non se me dá mal. De feito, creo que podería dar eu a clase. Acudir os martes a pintar axúdame a sentirme ben mentalmente e tamén é un xeito de autorrealización».*

Subscribindo as palabras da experta en arte que guía este taller:

*«... estaba convencida de que aos meus alumnos que nunca colleran nin pincel nin pintura seguramente lles viría ben como actividade rehabilitadora. Formárame con profesores, en talleres, e tiña experiencia na técnica do debuxo e co acrílico e o óleo. Con ilusión e ganas propuxemos iniciar o taller de pintura. Os meus alumnos empezaron desde cero e, clase tras clase, todos e cada un deles e na medida das súas capacidades foron mellorando. A súa autoestima foi a carón das súas obras. Entre eles mesmos expoñen a súa creación e reciben a ovación polo esforzo. Nin que dicir cando acudimos a exposicións e as obras son apadriñadas, recibindo un donativo para colaborar co pintor e cos fondos que permiten continuar co taller. Temos exposición permanente nas nosas dúas sedes e soñamos con seguir mostrando onde nos acollan todas as obras dos meus maravillosos alumnos. Teño que recoñecer que recibo máis do que dou, é o que ten o voluntariado, os meus alumnos apórtanme o momento máis feliz da semana».*

## Taller téxtil

En palabras da usuaria responsable do Taller Téxtil:

*«Este taller é creativo e autodidacta, aprendemos visionando tutoriais e mesmo das nosas antigas ocupacións. Decoramos camisetas, bolsas e creamos complementos (moedores, estoxos, neceseres etc.). Coa única axuda dun ferro e unha máquina de coser. A asociación achega un espazo para desenvolver a actividade. A cambio, nós achegamos a visibilización de Andaina cos nosos produtos. Como beneficios destacamos a adquisición dunha rutina e o traballo en grupo, cooperativo. Con este taller exercitamos a autonomía, a responsabilidade, socializamos e estamos entretidas. Sirvenos como estratexia de relaxación e expresión emocional co grupo.»*

## Taller de radio e prensa

Un participante na sección de radio e autor dunha das columnas de prensa relata a súa experiencia en ambos os talleres:

*«Nos últimos anos, tanto os profesionais da saúde mental como as entidades que traballan con persoas con enfermidade mental chegaron á conclusión de que a nosa estabilidade emocional e física non pode depender soamente do alicerce —que si é importantísimo— da medicación. Somos persoas coas mesmas necesidades que a xente san. Xa é inconveniente dabondo que a maioría de nós non teñamos acceso ao mercado laboral, como para ter tamén limitacións (por parte das institucións e da sociedade en xeral) a dereitos fundamentais que nos axuden a ter unha calidade de vida minimamente esixible.*

*Andaina PSM buscou o xeito de que poidamos comunicar á sociedade as nosas inquedanzas e a nosa opinión do que pasa no mundo. Non somos alleos ao que nos rodea! Non vivimos nunha realidade paralela e afastada da vida real! As actividades de prensa e radio son unha ferramenta estupenda para posibilitar a valiosísima oportunidade de comunicar as nosas inquedanzas, similares ás dunha persoa san e, de paso, romper con todas as estigmatizacións que fan que a cidadanía nos vexa cunha mestura de temor e desconfianza. A radio e a televisión poden remediar a visión negativa que eles mesmos, ás veces, favorecen, cando estamos no foco por*



Fotos cedidas pola asociación

*feitos moi desagradables protagonizados por persoas con enfermidade mental (ou non), a maioría de nós non somos así!*

*Os medios de comunicación sácanos do noso illamento social. Non somos uns “pobriños” que sufrimos en silencio nos nosos fogares, eses tempos, por sorte, xa pasaron a mellor vida».*

### Centro especial de emprego

Por último, un dos participantes no CRPL relata o que significa para el traballar na CEE Andaina PSM:

*«Empecei a traballar na CEE hai un ano e medio como Auxiliar Administrativo. Para min a CEE significou algo moi importante que me permitiu avanzar. Marcou o cambio ao volver á miña vida laboral, volver sentirme útil e capaz de realizar un traballo. Axudoume a ter unha rutina diaria o que contribuíu á miña estabilización, ademais de saír de casa e socializar, xa non só cos compañeiros, tamén con repartidores, provedores... Outro punto é o soldo, que no meu caso axúdame a afrontar os gastos para vivir de maneira máis independente. Por último, e non menos importante, agradezo estar no posto que estou, onde se me trata espectacularmente ben, tanto compañeiros como o xefe. Non creo poder estar nun lugar mellor.»*

## CONCLUSIÓN

Os modelos de calidade de vida no ámbito da saúde mental cambiaron substancialmente co paso dos anos. Moitos programas de rehabilitación, así como diversas intervencións terapéuticas, non se preocupaban por incidir sobre o nivel de autonomía das persoas, nin tiñan en conta as opinións, desexos ou necesidades das mesmas. A partir da reforma psiquiátrica e do movemento de desinstitucionalización, empezouse a falar da perspectiva do paciente (Verdugo e Martín, 2002). Incluír a opinión, ideas e prioridades dos/as usuarios/as no deseño e planificación de programas de intervención

favorece a autodeterminación e motivación, o que potencia os resultados terapéuticos.

Os talleres que aquí presentamos fan uso da creatividade como ferramenta rehabilitadora e, ademais dos resultados da ampla bibliografía existente, a experiencia das persoas coas que traballamos corrobora os beneficios que a súa utilización leva.

O traballo, doutra banda, ademais de ser un dereito de todas e todos, xera beneficios significativos na vida de quen o desenvolve. As persoas que traballan na CEE de Andaina PSM narran como desenvolver un rol laboral comporta unha melloría tanto na súa saúde mental como na súa calidade de vida.

Así, en base ao anteriormente exposto, apostamos por unha intervención centrada na persoa que favoreza a creatividade, a autodeterminación e a posibilidade dun desenvolvemento integral (biolóxico, psicoemocional e sociolaboral) dos nosos/as usuarios/as.



Foto cedida pola asociación

## BIBLIOGRAFÍA

Chávez, R. A., & Lara, M. D. (2000). La creatividad y la psicopatología. *Salud Mental*, 23(5), 1-9.

Coll Espinosa, F. J. (2016). *Aplicación de la arteterapia en el desarrollo de capacidades asociativas y cognitivas en personas con discapacidad psíquica*. [Tesis Doctoral, Universidad de Murcia]. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/47943/1/Francisco%20Jes%20c3%bas%20Coll%20Espinosa%20Tesis%20Doctoral.pdf>

Dumas, M., & Aranguren, M. (2013). *Beneficios de la arteterapia sobre la salud mental. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Fernández, V., & Llamas-Salguero, F. (2018). Neuropsicología del proceso creativo: un enfoque educativo. *Revista Complutense de Educación*, 29(1), 113-127. <https://doi.org/10.5209/RCED.52103>

González, A. B., & Novoa, S. a. G. (2020). Revisión bibliográfica en idioma español sobre la arteterapia como herramienta psicoterapéutica. *Informes Psicológicos*, 20(2), 55-65.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social*. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_453\\_TMG\\_ICS\\_resum.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_453_TMG_ICS_resum.pdf)

Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillén, A.I. & Izquierdo, S. (2011). La Enfermedad Mental en los Medios de Comunicación: Un Estudio Empírico en Prensa Escrita, Radio y Televisión. *Clínica y Salud*, 22(2), 157-173.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.

Verdugo, M. A. & Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25(4), 68-77.

# SENFOGARISMO

INTERVENCIÓN  
SOCIAL EN  
SENFOGARISMO.  
MARCO  
CONCEPTUAL  
BÁSICO E LIÑAS  
DE ACTUACIÓN

**Pablo Sánchez Ferreira**

*Traballador Social da Cocina Económica da  
Coruña e Profesor-Titor do Grao de Traballo  
Social do Centro Asociado á UNED da  
Coruña*

[pablo@cocinaeconomica.org](mailto:pablo@cocinaeconomica.org)

SUMARIO

CASTELÁN

## RESUMO

O Senfogarismo é un fenómeno social estrutural que se instaurou nas sociedades avanzadas e, sobre todo, en contornas urbanas. As Persoas Sen Fogar (PSF) son as protagonistas deste fenómeno e non sempre se mostran «visibles» aos ollos do resto dos cidadáns. É dicir, o Senfogarismo ten diversas formas que van desde a exclusión residencial ás situacións de rúa, as cales foron recollidas e clasificadas na *Tipoloxía Europea de Senfogarismo e Exclusión Residencial* (ETHOS). O coñecemento do marco teórico e metodolóxico do Senfogarismo revélase como imprescindible de cara a atención e a intervención profesional coas persoas que están sen fogar. Será a aplicación do devandito marco á praxe profesional a que nos permitirá desenvolver liñas de actuación adaptadas a cada servizo e a cada territorio, tendo sempre de referencia os principais modelos de intervención: Escaleira, Housing Led e Housing First.

**PALABRAS CHAVE** — Servizo, territorio, saúde, aloxamento, recursos económicos.

## ABSTRACT

Homelessness is a structural social phenomenon that has become established in advanced societies, especially in urban environments. Homeless people are the protagonists of this phenomenon and are not always visible in the eyes of other citizens. In other words, homelessness takes various forms, ranging from residential exclusion to street situations, which have been collected and classified in the *European Typology of Homelessness and Housing Exclusion* (ETHOS). Knowledge of the theoretical and methodological framework of homelessness is essential for the care and professional intervention with homeless people. It will be the application of this framework to professional practice that will allow us to develop lines of action adapted to each service and each territory, always taking the main intervention models as a reference: Staircase Model (or Housing Ladder), Housing Led and Housing First.

**KEY WORDS** — Service, territory, health, accommodation, economic resources.

## INTRODUCCIÓN

Nas dúas primeiras décadas do século XXI, púidose constatar que o Senfogarismo é un **fenómeno social que adquiriu a condición de estrutural**, do mesmo xeito que a pobreza e a exclusión social.

As Persoas Sen Fogar (PSF) representan un colectivo que forma parte das actuais sociedades avanzadas cada vez máis presente nas nosas cidades, pero que en moitos casos non identificamos como tales grazas, sobre todo, á existencia de **recursos e servizos asistenciais** (albergues, comedores sociais, unidades de hixiene persoal...), que conseguiron romper co estereotipo do «esmoleiro», «vagabundo», «indixente», «transeúnte»... e demais denominacións que as persoas pertencentes a este grupo de poboación recibiron, principalmente, na segunda metade do século XX.

Cando dicimos que estamos ante un fenómeno social de carácter estrutural, referímonos a que a existencia deste colectivo non é algo conxuntural que xurdiu por unhas condicións

circunstanciais nun período de tempo determinado. Ao contrario, a razón de ser deste grupo de poboación foise fraguando por mor da **evolución da configuración da estrutura social das sociedades actuais** e, paradoxalmente, tamén daquelas que presentan os niveis máis elevados de avance e *progreso*.

Actualmente, **as nosas sociedades están determinadas pola desigualdade**, sobre todo no plano socioeconómico, e é precisamente esa falta de igualdade e de oportunidades onde xerminan a pobreza e a exclusión social, na maior parte dos casos, antesala da condición de sen fogar.

Este artigo ten como obxectivo achegar o fenómeno do Senfogarismo a aqueles estudantes e profesionais (psicólogos, traballadores sociais, educadores sociais, psiquiatras...) que, de maneira directa ou indirecta, estarán ou están relacionados con esta realidade. Para iso faremos unha aproximación conceptual e metodolóxica a este «feito social» e proporemos unha sinxela liña de actuación aplicable en calquera ámbito da intervención social con PSF.



Persoa Sen Fogar durmindo na rúa dunha cidade. Fonte: [www.cadenaser.com](http://www.cadenaser.com)



Unha muller en situación de Senfogarismo protéxese do sol baixo unha antuca. Fonte: [www.lespanol.com](http://www.lespanol.com)

## SENOGARIAMO E AS PERSOAS QUE ESTÁN SEN FOGAR

Na década dos 80, o incremento do número de persoas sen fogar nas rúas das cidades dos países avanzados obrigou a «repensar o Senfogarismo» (Fernández, 2018), non a partir de factores individuais como ata entón, senón atendendo a cuestións de carácter político, social e económico, é dicir, por motivos estruturais.

A concepción do fenómeno por aquel entón diferenciaba **dúas categorías de persoas sen fogar**: por unha banda, aquelas que carecían materialmente de vivenda pola imposibilidade de acceso á mesma (factores estruturais) e, por outro, aquelas que presentaban determinantes psicosociais incapacitantes para acceder e manter un aloxamento estable (factores individuais).

Nos anos 90, o modelo socioeconómico do momento caracterizado polo libre mercado en detrimento do Estado de Benestar implicou novos cambios estruturais que deron lugar ao que se acuñou como «novo Senfogarismo», un «feito social» constatable nas sociedades do momento.

Desta maneira, chégase á concepción de que **o Senfogarismo é unha realidade social cuxa comprensión require ir máis aló dos factores individuais e estruturais**; é un *continuum* de situacións de exclusión social severa, no cal a **exclusión residencial** pode ser causa e/ou consecuencia da situación de sen fogar. Isto é o que se coñece como «Nova Ortodoxia» (Pleace, 2000), que entende o Senfogarismo como un proceso no que interatúan **factores estruturais, institucionais, relacionais e persoais**, que de maneira simultánea e desordenada (caótica), xeran un



Persoa sen fogar nunha rúa de Tokio. Fonte: [www.elconfidencial.com](http://www.elconfidencial.com)

gran impacto psicosocial no ciclo vital da persoa que a abocan á condición de sen fogar.

### Que é un fogar?

É un espazo no que existe afectividade ademais dun teito, permite o desenvolvemento da persoa cara ao exterior e promove o sentido de pertenza; é o marco físico desde onde se establecen as relacións co grupo de iguais, a familia e o emprego (Gámez, 2017).

### Quen son entón as persoas sen fogar?

Son todas aquelas que non poden acceder ou conservar un aloxamento adecuado, adaptado á súa situación persoal, permanente e que proporcione un marco estable de convivencia xa sexa por razóns económicas ou outras barreiras sociais, ou ben porque presentan dificultades para levar unha vida autónoma (Federación Europea de Entidades Nacionais que traballan con Persoas Sen Fogar - FEANTSA, 1995).

### Que é o Senfogarismo?

É a «ausencia dun lugar adecuado para vivir de forma permanente» (Avramov, 1996). É un fenómeno social estrutural propio das socieda-

des avanzadas, que **se dá principalmente en contornas urbanas e que representa a manifestación máis severa da exclusión social**. O Senfogarismo, entendido como a situación na que se atopa unha persoa que carece dun aloxamento propio e estable, é un fenómeno no que interveñen factores persoais e ambientais (contorna).

Paradoxalmente, nas principais cidades do mundo como Londres, París, Nova York, Tokio ou Sidney, iconas urbanas do avance e o desenvolvemento, é onde maior presenza ten o Senfogarismo. É dicir, na mesma estrutura social están presentes as maiores concentracións de riqueza a nivel mundial e, ao mesmo tempo, a manifestación máis extrema da exclusión social.

## A PERSOA SEN FOGAR COMO RESULTADO DUN PROCESO DE EXCLUSIÓN SOCIAL EXTREMA

Para «comprender o Senfogarismo» é preciso ter moi presentes determinados conceptos básicos tales como «**inclusión social**», «**exclusión social**» e «**exclusión residencial**».

Nas últimas décadas elaboráronse diferentes definicións destes termos, pero aquí recolle-mos as que consideramos máis oportunas en relación coa temática que nos ocupa.

A **inclusión social** consiste na participación plena das persoas en todos os espazos da vida social: o mercado de traballo, o mercado de bens e servizos, os espazos de decisión política e organización da vida comunitaria, os sistemas de protección social e as relacións socio-familiares e comunitarias (Instituto Vasco da Muller, 2016).

A **exclusión social** é:

*Un fenómeno social de carácter multidimensional no que existen uns mecanismos a través dos cales se nega aos individuos e aos grupos pertencentes a unha sociedade, a súa participación nos intercambios, as prácticas e os dereitos sociais que lles son imprescindibles para a integración social e, por tanto, para a súa identidade social e persoal (Gabàs, 2003).*

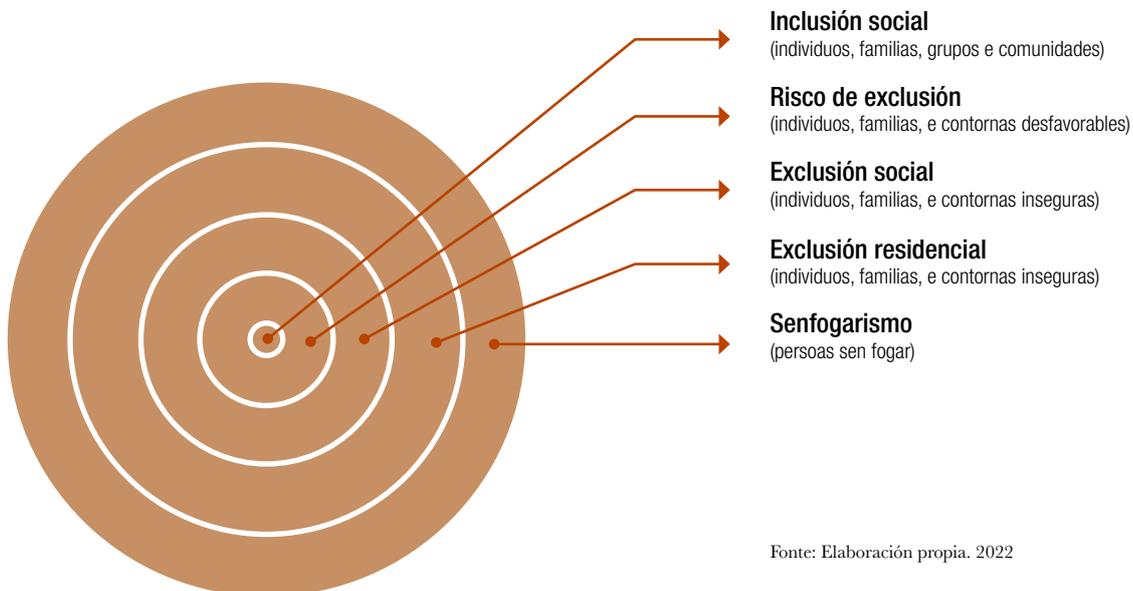
A **exclusión residencial** é aquela manifestación da exclusión social que consiste na privación dun ben básico e de primeira necesidade como o é a vivenda. A perda do fogar e a posterior imposibilidade de acceder a outro aloxamento estable, entre outros factores, é o suceso vital estresante (SVE) que determina o **inicio dun proceso de Senfogarismo**.

Así, tanto **a exclusión social como a residencial son inherentes á situación de sen fogar**, estando sempre presentes durante todo o transcurso do proceso.

Na seguinte figura podemos ver de maneira gráfica onde se sitúan na estrutura social as PSF nas sociedades actuais.

Se imaxinamos que os diferentes círculos concéntricos que vemos na imaxe configuran unha sociedade determinada e se pensamos que o círculo central representa a **inclusión social plena**, facilmente podemos observar onde se sitúan as PSF.

**Figura 1: “Na periferia da Sociedade”**



Fonte: Elaboración propia. 2022

Cando falamos de inclusión social plena referímonos á **participación dos individuos e as familias nos diferentes ámbitos da vida en sociedade**, tales como a educación, o emprego ou o lecer, participación que se pode levar a cabo de maneira individual pero tamén colectiva por medio de grupos ou comunidades.

Pero cando as persoas e as familias comezan a deixar de estar presentes «de maneira involuntaria» nun ou varios deses ámbitos, por exemplo, por mor dunha situación de desemprego ou dun abandono forzoso do sistema educativo; é cando xorde o **risco de exclusión social** normalmente asociado a unha situación de pobreza económica.

Se este proceso de «non participación» avanza, poden xurdir problemáticas tales como a desestruturación familiar, as adicións ou os problemas de saúde física e/ou mental. Desta maneira, non é difícil inferir que algúns individuos e familias cheguen a unha situación de **exclusión residencial** (perda de vivenda) que co transcurso do tempo evolucione cara a un proceso de **Senfogarismo**.

Na figura que acabamos de mostrar podemos observar con claridade que as PSF sitúanse no perímetro, é dicir, na **periferia da sociedade**, onde os niveis de participación social son moi baixos ou inexistentes e o que predomina é a marxinalidade e a *marxinación social*.

Tendo de referencia a **Teoría Xeral de Sistemas** (Bertalanffy, 1950), coñecida no ámbito das ciencias sociais como Teoría Sistémica, as sociedades son sistemas compostos por diferentes subsistemas que interatúan e retroaliméntanse entre si, e nos cales están incluídos os individuos, as familias, os grupos e as comunidades. Ou o que é o mesmo, desde a perspectiva holística, a sociedade é un «*todo composto por diferentes partes*».

As PSF forman parte dese todo e non existen «por natureza», **é a interacción inadecuada entre os diferentes subsistemas a**

**que dá como resultado a existencia do fenómeno do Senfogarismo.**

Algunha das campañas de sensibilización en favor das PSF utilizou lemas tales como «Mañá podes ser ti...» e mensaxes de contido similar, no sentido de que calquera persoa pode chegar a estar nunha situación de sen fogar.

Aínda que esta afirmación entraña certa certeza, ao mesmo tempo temos que dicir que non se chega a unha situación de rúa «por casualidade». É dicir, o Senfogarismo non é algo inherente á condición humana, senón que é o resultado dun proceso persoal, e normalmente individual, no que concatenan un sumatorio de dous **tipos de factores: de risco e precipitantes**.

Un factor de risco pode ser pertencer a unha familia de orixe multiproblemática e un factor precipitante podería ser a finalización dun contrato de aluguer e a imposibilidade material de acceder a outra vivenda; todos eles van determinar o proceso.

## CASUÍSTICA DO SENFOGARISMO

Nas sociedades avanzadas «ningunha persoa nace “predestinada” a converterse nunha PSF» e esta debe ser sempre unha das **premisas da intervención**. Son as condicións de vida nas que a persoa leve a cabo o seu desenvolvemento evolutivo, así como as oportunidades das que dispoña, as que van determinar a súa historia de vida, o seu ciclo vital e o seu rol na sociedade da que forma parte.

Como profesionais da intervención social, aquí temos que facer unha reflexión obrigada en relación coa **prevención do Senfogarismo**. Cando estamos a intervir con persoas e familias en situacións de dificultade social e vulnerabilidade, temos que identificar e prestar especial atención, para priorizar a intervención, a aqueles factores de risco que

poderían precipitar que unha persoa ou unha familia quede nunha situación de **exclusión residencial**.

Así, **moitas situacións de Senfogarismo poderían evitarse se houboese unha intervención social adecuada e a tempo sobre os devanditos factores**.

Imaxinemos unha persoa en risco de exclusión social e residencial que vive nunha habitación alugada nun piso compartido pola que paga 200 euros ao mes, que esgota o subsidio por desemprego que viña percibindo despois de traballar e que queda sen ingresos e sen a opción dun acceso inmediato a outra prestación económica.

Ao mesmo tempo, esta persoa carece de apoio familiar, social e institucional, e cumpre requisitos para tramitar a renda autonómica de inclusión social ou o Ingreso Mínimo Vital (IMV), pero sabemos positivamente que, en calquera caso, o prazo de resolución é de varios meses.

É dicir, neste momento concreto a persoa o que precisa é que se lle apoie co pago do aloxamento, para evitar quedar nun contexto de sen fogar que poida evolucionar cara a unha situación de rúa e o consecuente deterioro persoal que iso implica.

Se temos a posibilidade de garantirlle a mensualidade do aluguer da habitación na que vive ata que se resolva a súa solicitude da renda de inclusión social ou o IMV, cando menos, evitaríamos que a persoa quede «en rúa». Pero, en caso contrario, a persoa pode iniciar un proceso de desestruturación persoal e de exclusión social severa que, co paso do tempo, condúzano á cronicación, estado sobre o que será máis difícil intervir polas implicacións do mesmo.

Por iso, e no sentido máis purista da metodoloxía de intervención social, só realizando un **bo estudo** que nos permita coñecer á persoa e a situación na que se atopa, poderemos elaborar un correcto **diagnóstico social** que

recolla todos aqueles **factores determinantes** da devandita situación.

En 1994, a FEANTSA estableceu que o Senfogarismo estaba relacionado con catro **dimensións**:

- Material-económica
- Relacional
- Persoal
- Institucional

Pedro J. Cabrera (2000) fala da **dimensión situacional** das PSF nun «contexto estrutural determinado» máis aló dos factores individuais. É dicir, que é a estrutura socioeconómica nun espazo e tempo concretos, a que vai determinar a condición de sen fogar por encima das circunstancias persoais.

Bill Edgar (2009) estableceu que o Senfogarismo é un fenómeno asociado principalmente á falta de vivenda, é dicir, á ausencia dun aloxamento estable, no que concorren unha serie de **factores que determinan a situación de sen fogar** e que son os seguintes:

- Estruturais (p. ex., o mercado laboral).
- Institucionais (p. ex., falta de recursos de acollida).
- Relacionais (p. ex., ruptura coa familia de orixe).
- Persoais (p. ex., abuso de alcol).

A **interacción dinámica simultánea ou combinada** destes catro factores sumados á exclusión residencial dá como resultado a situación de sen fogar, que representa o «punto de partida» dun proceso de exclusión social severa, cuxa intensidade e duración vai vir determinada polo número e a tipoloxía de factores presentes en cada espazo temporal e físico.

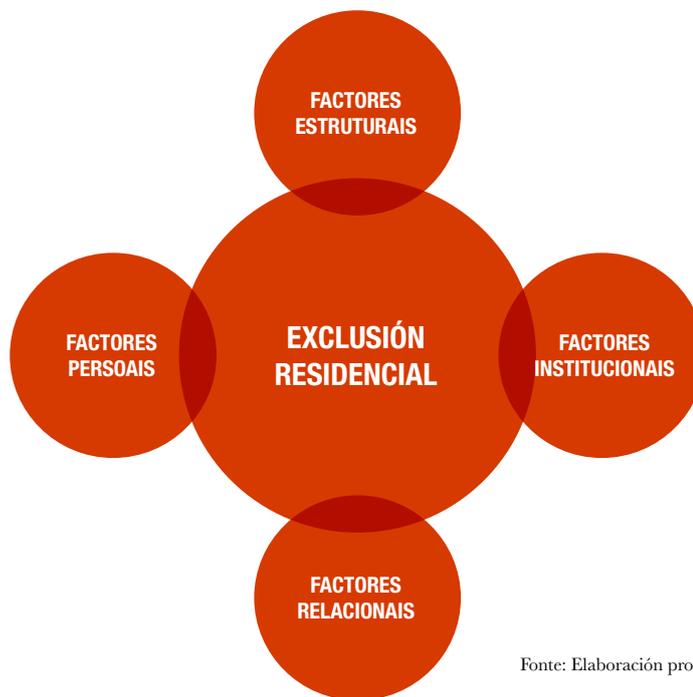
Os profesionais da intervención social debemos **intervir sobre todos os factores de maneira conxunta e ao mesmo tempo**, prestando especial atención á exclusión resi-

dencial, porque só desta maneira conseguírase reverter a situación de sen fogar.

Vexamos a seguinte figura.

Na mesma liña, en relación coa casuística do Senfogarismo, M.<sup>a</sup> Rosario Sánchez Morales (2010) considera que a situación de sen fogar

*Figura 2: “Factores do Senfogarismo”*



Fonte: Elaboración propia. 2021

é o resultado da confluencia de múltiples factores de variada causalidade e apunta a catro ámbitos:

- Convivencial e de relacións
- Persoal
- Asistencial
- Cultural

O que as diferentes formulacións en relación coa **casuística do Senfogarismo** nos indican é a *complexidade existente á hora de estudar o fenómeno*, de aí a necesidade de establecer criterios baseados en estudos tanto cuantitativos como cualitativos.

Así, é precisamente o estudo e a investigación do fenómeno o que nos permitirá xa non só o deseño de plans e programas de actuación, senón levar a cabo intervencións preventivas

nos seus diferentes niveis, é dicir, no primario, secundario e terciario.

Actualmente, no contexto europeo existe certo consenso no sentido de que no Senfogarismo interatúan os catro factores enumerados por Edgar (2009): **estruturais, institucionais, relacionais e persoais**, os cales debemos de identificar e analizar sempre á hora de intervir con PSF.

## TIPOLOXÍA ETHOS (EUROPEAN TYPOLOGY OF HOMELESSNESS AND HOUSING EXCLUSION)

Entre os anos 1994 e 1998 a socióloga Dragana Avramov coordinou unha investigación sobre Senfogarismo no marco do Observatorio Europeo das Persoas Sen Fogar. Ao fio deste estudo, no 2005, este organismo e en colabo-

ración coa FEANTSA elaboraron a **tipoloxía ETHOS** (Tipoloxía Europea de Senfogarismo e Exclusión Residencial) co dobre obxectivo de «operativizar a definición de PSF e orientar as políticas sociais no ámbito do Senfogarismo».

Así, a elaboración de ETHOS supuxo un gran avance á hora de resaltar unha problemática que, ata o momento, non tivera a consideración necesaria por parte dos Estados de cara a planificar os seus sistemas públicos de Servizos Sociais.

Actualmente, e por mor dun amplo consenso promovido polo EOH<sup>1</sup> e a FEANTSA, **todos os países europeos asumiron a tipoloxía ETHOS** na planificación das súas políticas sociais para atender a problemática das PSF.

A **Tipoloxía Europea de Senfogarismo e Exclusión Residencial** contempla catro categorías conceptuais e trece categorías operativas que á súa vez veñen definidas por

1 European Observatory on Homelessness (EOH).



Unha infravivenda en España. Fonte: [www.eldiario.es](http://www.eldiario.es)

diferentes «situacións residenciais». Existen varias adaptacións a partir da versión orixinal do 2005 e das revisións do 2006 e 2007. Nesta ocasión imos mostrar unha versión abreviada, omitindo, pola súa extensión, as situacións residenciais.

A importancia da aplicación da tipoloxía ETHOS radica en que parte dunha **definición extensiva do Senfogarismo**, é dicir, que contempla todas aquelas situacións de sen fogar posibles, en contraposición ás **formulacións conceptuais restrinxidas** que limitaban o Senfogarismo ás situacións de rúa, é dicir, ao visible.

Seguindo a Tamara Gámez (2017) «... o Senfogarismo máis visible, quen pasa a noite na vía pública, e cuxa representación está especialmente relacionada coa definición restrinxida de Senfogarismo, só é a punta do iceberg que se alimenta de situacións menos extremas».

Por iso, para coñecer a verdadeira dimensión do fenómeno das PSF é imprescindible partir dun **marco conceptual amplo** que contemple todas aquelas formas posibles de Senfogarismo, tanto as visibles como as que non o son. Só desta maneira conseguirase cuantificar de maneira irrefutable o colectivo para articular as políticas sociais proporcionais.

**Táboa 1: “Tipoloxía ETHOS”**

CATEGORÍA CONCEPTUAL		CATEGORÍA OPERATIVA	
SENFOGARISMO	SEN TEITO	1	Persoas que viven nun espazo público (á intemperie)
		2	Persoas que durmen nun albergue e/ou se ven obrigados a pasar varias horas ao día nun espazo público
	SEN VIVENDA	3	Persoas que viven temporalmente en albergues e centros para PSF
		4	Persoas en albergues para mulleres
		5	Persoas en centros de acollida de inmigrantes e solicitantes de asilo
		6	Persoas que no curto prazo van saír de institucións residenciais ou de internamento
		7	Persoas en aloxamentos con apoio no longo prazo pola súa condición de sen fogar
EXCLUSIÓN RESIDENCIAL	VIVENDA INSEGURA	8	Persoas vivindo nun réxime de terencia inseguro
		9	Persoas vivindo baixo ameaza de desafiuzamento
		10	Persoas que viven nun contexto de violencia de xénero ou intrafamiliar
	VIVENDA INADECUADA	11	Persoas vivindo en estruturas temporais non convencionais
		12	Aloxamento impropio
		13	Masificación extrema

Fonte: [www.feantsa.org](http://www.feantsa.org)

## REFLEXIÓN SOBRE A ACCIÓN

En toda disciplina científica, a avaliación de procesos e de resultados revélase como imprescindible xa non só para cuantificar e cualificar o produto do noso traballo, senón tamén coñecer se o que estamos a facer pódese realizar doutra maneira ou mellor.

Esta premisa resulta determinante no ámbito da intervención social, un campo de acción en constante evolución pola inherente, e vertixinosa por momentos, evolución das nosas sociedades.

De maneira paralela, o fenómeno do Senfogarismo evolucionou de maneira palpable nas últimas décadas, xa non só cuantitativamente cunha clara tendencia crecente, senón tamén cualitativamente, en relación a **diversidade de perfís e a singularidade das situacións das persoas que non teñen fogar**.

Iso levounos a unha «comprobación diaria» do noso traballo, sobre todo no que respecta á intervención social directa coa persoa. E desta maneira, co paso do tempo, extraemos argumentos concluíntes.

A pesar da enorme **heteroxeneidade existente no colectivo de PSF**, existe un **denominador común á hora de enfocar a intervención**. Foi a observación directa durante anos de moitos casos de Senfogarismo, o que nos axudou a chegar á conclusión de que **todo plan de traballo cunha persoa en situación de sen fogar ou de rúa ten necesariamente que estar orientada en primeira instancia a intervir sobre a situación de saúde, de aloxamento e de recursos económicos** na que se atope a PSF.

Deste xeito, puidemos chegar á conclusión de que a exhaustiva análise realizada durante anos tería que, case dunha maneira natural, orientarnos para a elaboración dunha metodoloxía que pasamos a describir no seguinte apartado.

## UNHA PROPOSTA METODOLÓXICA: A INTERVENCIÓN SOBRE O TRINOMIO SAÚDE-ALOXAMENTO-RECURSOS ECONÓMICOS (SAR)

A intervención social con PSF vai estar condicionada por unha serie de variables tales como a tipoloxía do **servizo** no que traballemos, os **recursos e prestacións** dos que dispoñamos e o **territorio** no que nos atopemos desenvolvendo o noso labor profesional.

O coñecemento dos **principais modelos metodolóxicos utilizados no ámbito internacional: Escaleira (Staircase model)<sup>2</sup>, Housing Led e Housing First<sup>3</sup>**, é o que nos vai a permitir deseñar as nosas intervencións. Como profesionais da intervención social e dunha maneira ecléctica, teremos de referencia sempre estes modelos, en función dos recursos dos que dispoñamos no noso servizo e os existentes no noso ámbito territorial de actuación.

Pero máis aló do marco metodolóxico de referencia, no terreo da intervención social en Senfogarismo existe a posibilidade de desen-

2 O modelo en Escaleira (Staircase Model ou Housing Ladder) é unha das metodoloxías «clásicas» utilizadas no ámbito da intervención social coas PSF. Como o seu nome indica, a intervención consiste en que, partindo dunha situación de sen fogar ou de rúa, a persoa vaia «subindo banzos», accedendo de maneira progresiva a diferentes recursos de acollida de curta, media e longa estancia para, finalmente, acceder a un aloxamento normalizado nunha contorna comunitaria. Para máis información: <https://www.feantsaresearch.org/download/feantsa-ejh2009-evaluation-16622178144273146290.pdf>

3 Housing First ('Vivenda Primeiro') é outro dos modelos de intervención en Senfogarismo cuxa implantación se está estendendo no ámbito internacional atendendo a criterios de eficacia e eficiencia. A esencia do modelo radica en que a PSF en situación de rúa, cumprindo unha serie de requisitos, accede, en primeira instancia e como primeira acción do proceso de intervención, a unha vivenda normalizada nunha contorna comunitaria, na que poderá vivir só ou compartir con quen considere. Para máis información: <https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/Gui%CC%81a-Housing-First-Europa.pdf>

volver e pór en práctica metodoloxías e liñas de actuación adaptadas a cada servizo e a cada territorio.

Os servizos e recursos de atención específicos para PSF adóitanse situar, por unha cuestión lóxica, en contornas urbanas, onde hai maior presenza de persoas sen fogar. Igualmente, os programas especializados de atención dos servizos sociais comunitarios adoitan ser postos en marcha por concellos de cidades de diferentes tamaños.

Pero o fenómeno do Senfogarismo tamén está presente en contornas semiurbanas e semirruais, e aquí é onde os servizos e os recursos de atención adoitan ser escasos ou inexistentes e onde a atención adóitase limitar á prestada polos profesionais dos servizos sociais de atención primaria municipal.

Nesta ocasión queremos expor unha sinxela **liña de actuación para a intervención social con PSF que ten de referencia os enfoques Housing Led**, é dicir, orientados á vivenda ou, o que é o mesmo, baseados no acceso a un aloxamento estable como punto de partida da intervención; e que sería aplica-

ble por calquera servizo de atención e en calquera territorio.

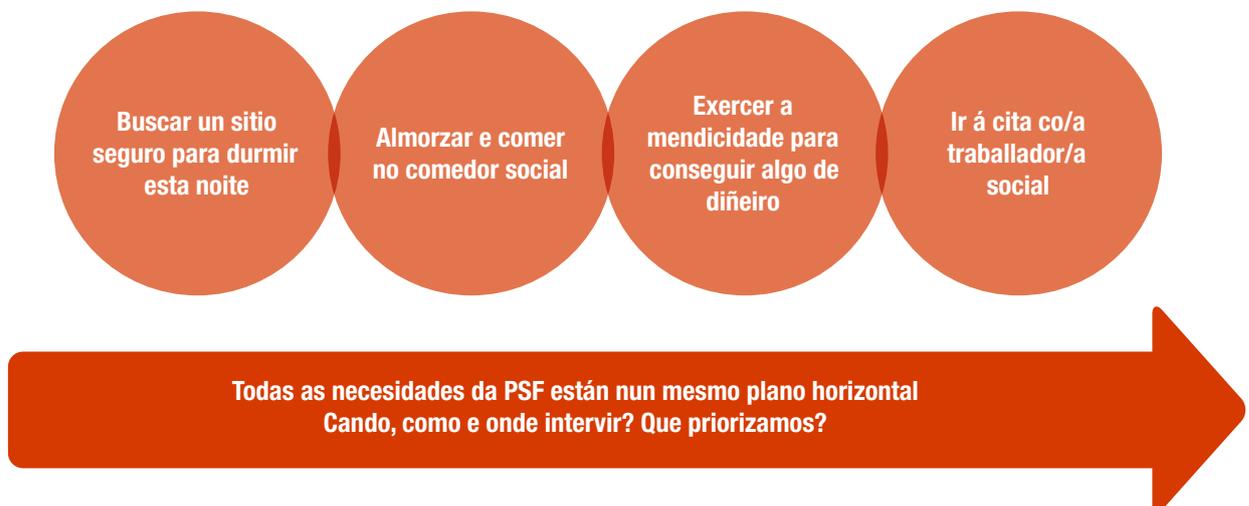
Esta liña de actuación baséase na **intervención sobre o trinomio Saúde-Aloxamento-Recursos Económicos (SAR)**, posto que son tres ámbitos a traballar sempre en Senfogarismo.

Ao longo da última década, por medio da observación directa e o seguimento de varios centos de casos de PSF, puidemos comprobar como a aplicación sistemática desta liña de acción é efectiva para reducir o Senfogarismo, sobre todo as situacións de «sen teito» e «sen vivenda» (categorías conceptuais ETHOS 1 e 2).

O máis relevante diso é que o resultado da súa aplicación non depende tanto da existencia no territorio dunha rede asistencial de servizos tipo albergues e comedores sociais, senón de levar a cabo a **intervención sobre o trinomio SAR dunha maneira horizontal e simultánea**.

Prestemos atención á seguinte figura para comprender ao que nos estamos referindo.

*Figura 3: “Necesidades nun mesmo nivel”*



Fonte: Elaboración propia. 2022

Nesta figura podemos ver o que podería ser o estereotipo dunha PSF en situación de rúa, na que as necesidades da persoa están no mesmo plano horizontal, é dicir, nun mesmo nivel de prioridade.

Como profesionais, por moito que tratemos de convencer á persoa de que é máis importante a cita co traballador social que exercer a mendicidade, por exemplo, o máis probable é que non obteñamos o resultado esperado.

De igual maneira que obxectivamente as necesidades da PSF teñen todas o mesmo grao de importancia para ela, a intervención social debe exporse en horizontal e sempre centrada en **tres ámbitos prioritarios e comúns a maioría de situacións de Senfogarismo**: a saúde, o aloxamento e os recursos económicos. Por que este tres ámbitos?

O Senfogarismo xera problemas de saúde física, mental e social (OMS, 1946). É frecuente que una mesma PSF presente ao mesmo tempo enfermidade física e mental e, en consecuencia, que a súa esfera social (condicións de vida) tamén se vexa gravemente afectada en referencia ao seu funcionamento.

Distintos estudos sinalan que as PSF presentan entre 2 e 50 veces máis problemas de saúde que a poboación en xeral (Wright e Weber, 1987), tanto no referente á enfermidade física aguda como á crónica. En consecuencia, **a esperanza de vida das PSF é moi inferior á da poboación en xeral**.

A carencia dun aloxamento estable ten unhas consecuencias moi directas sobre a saúde física e mental das PSF, consecuencias que poden perpetuar á persoa na condición de sen fogar e na rúa.

Neste sentido, un recente estudo realizado no Reino Unido (Bax, 2020) puxo en evidencia que **a falta de vivenda e a exclusión social severa** están asociadas a riscos e danos extremos para a saúde, a altas taxas de morbi-

lidade e morte prematura causada por enfermidades tratables.

Este estudo tamén desvelou que as PSF acoden ás urxencias hospitalarias seis veces máis que a poboación xeral, que os seus ingresos hospitalarios son catro veces máis frecuentes con estancias tres veces máis prolongadas, e que normalmente ao paciente sen fogar só se lle identifica como tal no momento da alta, é dicir, a destempo.

Seguindo co trinomio SAR, o **ámbito dos recursos económicos** vai ser en todos os casos outra das **prioridades** á hora de intervir en Senfogarismo, ben porque a persoa xa sexa beneficiaria dunha prestación económica que por diferentes motivos non utiliza adecuadamente para deixar de estar na situación de sen fogar, ben porque simplemente carece de ingresos de calquera tipo.

Máis aló dos servizos de aloxamento de curta, media e longa estancia, no horizonte da intervención no medio-longo prazo sempre ten que estar presente o **acceso a unha prestación económica e o mantemento da mesma no tempo**.

Entre outras variables, a **autonomía persoal** pasa porque a PSF conte cunha garantía de ingresos mínimos, sendo ese poder adquisitivo o que lle permita «emanciparse», aínda que sexa parcialmente, do sistema de axuda social.

Desta maneira, é precisamente o acceso a unha prestación económica o que lle permitirá á PSF acceder e manter no tempo un **aloxamento normalizado e estable**, que ao mesmo tempo repercutirá positivamente de maneira integral na súa situación biopsicosocial.

O feito de dispor de ingresos ofrécelle á PSF xa non só a oportunidade de acceder a un aloxamento, senón o máis importante, **mantelo no tempo**. E se a persoa presenta algún problema de saúde física e/ou mental e/ou unha adicción, a experiencia indícanos que

esta problemática verase minguada na súa intensidade.

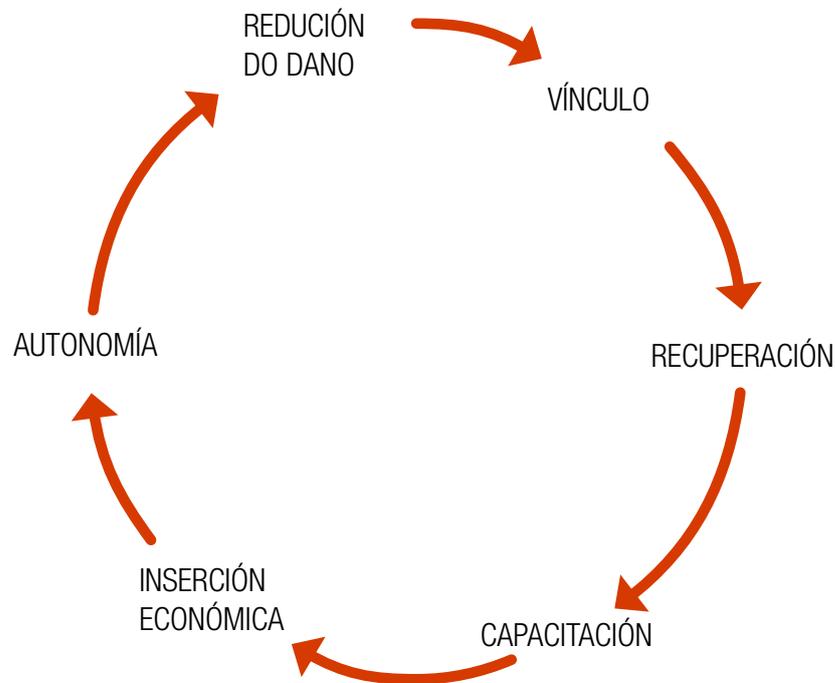
Na nosa praxe profesional ao longo dos anos podemos constatar que a melloría nun dos ámbitos do trinomio SAR se amplifica en maior ou menor grao aos outros dous.

Como exemplo, é habitual que no caso de persoas sen fogar en situación de rúa cunha

problemática de alcoholismo severo, no momento que acceden a unha habitación alugada nun piso compartido, reduzan de maneira espontánea o seu consumo de alcol.

En relación co **proceso de intervención social** en Senfogarismo, este está conformado por varias fases que sempre van evolucionar de maneira circular e nunca linealmente. Indicámolas na seguinte figura.

**Figura 4: “Fases do proceso de intervención con PSF”**



Fonte: Elaboración propia a partir de Linares (2001). 2021

É a propia **circularidade do proceso** a que pode implicar que a persoa pase varias veces polas diferentes fases, antes de iniciar un proceso de cambio que lle permita avanzar cara aos niveis de inclusión social desexados e posibles en cada caso.

Un elemento clave para que o proceso de intervención teña uns bos resultados é o **acompañamento social**.

O **Grupo de Traballo de Acompañamento Social** do Goberno de Navarra (2012) de-

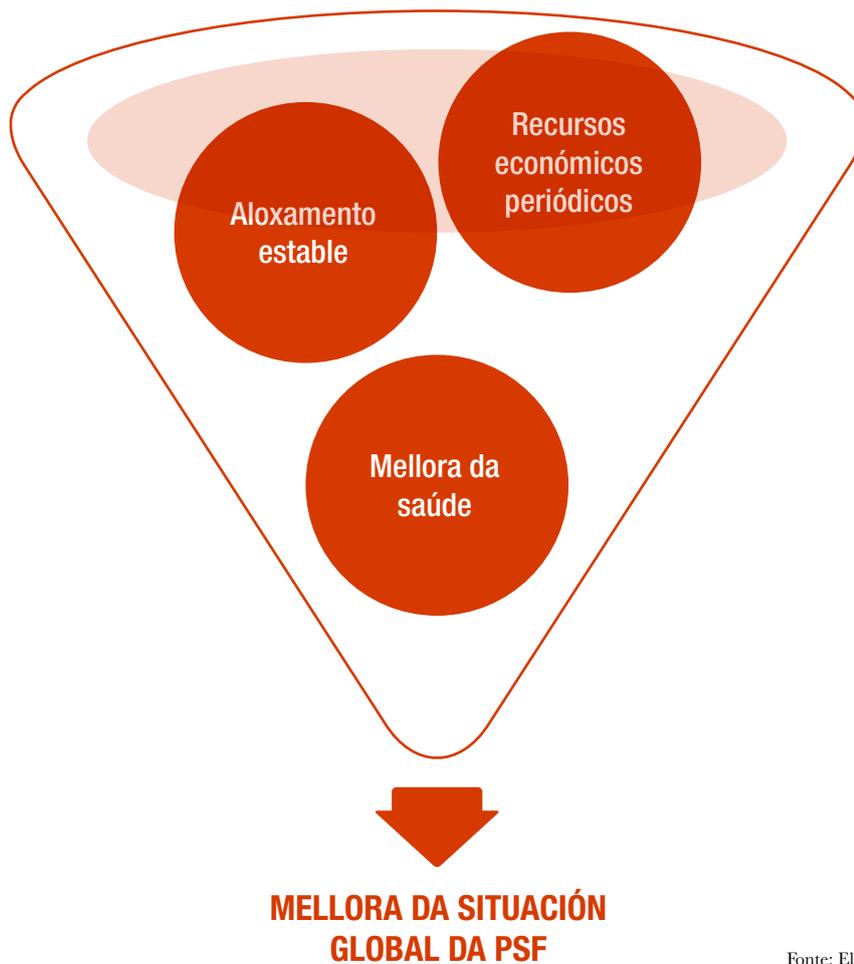
finiuno da seguinte maneira:

*Método de intervención profesional temporal, de intensidade variable, baseado no dereito da cidadanía a unha relación de axuda proactiva e de confianza que, mediante o deseño conxunto dun itinerario individualizado de incorporación con obxectivos acordes ás necesidades, debe posibilitar unha oportunidade de mellora ou redución de danos. Debe estar encamiñado ao desenvolvemento das potencialidades e capacidades da persoa e ao descubrimento e interpretación da situación*

*en clave de cambio, tomando o protagonismo do propio proxecto vital.*

No proceso circular da intervención, o trinomio SAR representa un «todo» que ten que estar sempre presente e en todas as fases. Na medida na que se produza unha mínima melloría nos tres ámbitos, poderemos comprobar que iso repercutirá positivamente na situación global da persoa.

**Figura 5: “Trinomio Saúde-Aloxamento-Recursos Económicos (SAR)”**



Fonte: Elaboración propia. 2022

Para concluír, cómpre comentar que, unha vez aplicada esta proposta metodolóxica e obtidos os resultados esperados, o traballo non terminou, senón que debemos continuar apoiando á persoa para que os cambios permanezan no tempo e non retorne á situación de sen fogar, o cal faremos con seguimento periódico e acompañamento social.

Se a nosa pretensión é a de reducir o Senfogarismo, as nosas intervencións deben ter sempre un horizonte no longo prazo e en todos os casos.

Países da nosa contorna como Finlandia, despois dun traballo de máis de dúas décadas e tendo por referencia os modelos Housing Led e Housing First, conseguiron reducir o fenómeno de maneira eficaz e eficiente. Na medida na que sexamos capaces de reproducir o feito polo Estado finés, probablemente podamos empezar a falar da diminución do Senfogarismo na nosa sociedade.



## BIBLIOGRAFÍA

Asociación Realidades e Fundación RAIS. (2007). *Construyendo relaciones. Intervención psicossocial con personas sin hogar*.

Ayuntamiento de Zaragoza. (2018). *Plan integral para las personas sin hogar en Zaragoza*. <https://www.zaragoza.es/contenidos/derechosociales/sinhogarismo/Plan-Integral-Sinhogarismo18.pdf>

Cabrera Cabrera, P. J. (2000). *La acción social con personas sin hogar en España*. Fundación FOESSA.

FEANTSA. (2006). *Informe anual-Estado español. Salud y Sinhogarismo*. [https://www.feantsa.org/download/es\\_spain\\_health\\_report7194098268655771156.pdf](https://www.feantsa.org/download/es_spain_health_report7194098268655771156.pdf)

FEANTSA. (2008). *Informe Europeo. El papel de la vivienda en el Sinhogarismo. Alojamiento y exclusión residencial*. [https://www.feantsa.org/download/08\\_european\\_report\\_feantsa\\_housing\\_final\\_es7074115848578375806.pdf](https://www.feantsa.org/download/08_european_report_feantsa_housing_final_es7074115848578375806.pdf)

FEANTSA. (2016). *Guía Housing First Europa*. [https://www.feantsa.org/download/hfg\\_full\\_digital1907983494259831639.pdf](https://www.feantsa.org/download/hfg_full_digital1907983494259831639.pdf)

Fernández Evangelista, G. (2018). *Terminar con el Sinhogarismo. Personas sin hogar y vivienda social en Alemania, España, Finlandia y Reino Unido*. Fundación FOESSA.

Gámez Ramos, T. (2017). *Personas sin hogar. Un análisis de género del Sinhogarismo*. Universidad de Málaga.

Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Políticas Sociales. (2017). *Estrategia Vasca para Personas Sin Hogar 2018-2021*. [https://www.euskadi.eus/contenidos/noticia/xiileg\\_planes\\_departamentales/es\\_def/adjuntos/ESTRATEGIA-VASCA-PARA-PERSONAS-SIN-HOGAR-2018-2021-castellano.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/noticia/xiileg_planes_departamentales/es_def/adjuntos/ESTRATEGIA-VASCA-PARA-PERSONAS-SIN-HOGAR-2018-2021-castellano.pdf)

Gobierno Vasco, Instituto Vasco de la Mujer. (2016). *La exclusión residencial grave en la Comunidad Autónoma del País Vasco desde una perspectiva de género*. [https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc\\_sosa\\_c26\\_exclusion\\_emakund/es\\_def/adjuntos/c26\\_Emakunde\\_informe.37.exclusion\\_residencial\\_grave.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_c26_exclusion_emakund/es_def/adjuntos/c26_Emakunde_informe.37.exclusion_residencial_grave.pdf)

Gobierno Vasco, Instituto Vasco de la Mujer. (2016). *La exclusión residencial grave en la Comunidad Autónoma del País Vasco desde una perspectiva de género*. (Número de informe 37). [https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc\\_sosa\\_c26\\_exclusion\\_emakund/es\\_def/adjuntos/c26\\_Emakunde\\_informe.37.exclusion\\_residencial\\_grave.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_c26_exclusion_emakund/es_def/adjuntos/c26_Emakunde_informe.37.exclusion_residencial_grave.pdf)

Gómez Lavin, C., Zapata García, C. (2000). *Psiquiatría, salud mental y trabajo social*. Eunate.

Illán Frutos, J. A. (Coord.). (2010). *Un despacho sin puertas. Trabajo de calle con personas sin hogar*. Fundación RAIS.

Linares Márquez de Prado, E. (2001). *Personas sin hogar: de la exclusión a la inserción*. *Trabajo Social Hoy*, (Extra 2), 53-62.

Matamala Zamarro, E. (2022). *Desactivar el Sinhogarismo de larga duración*. Universidad de Valencia.

Muñoz López, M., Vázquez Valverde, C., Vázquez Cabrera, J. J. (2003). *Los límites de la exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicossociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Témpora.

Red de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Navarra (2015). *El acompañamiento como método de intervención en los procesos de inclusión. Nuevas reflexiones*.

Rubio-Martín, M. J., Muñoz López, M., Cabrera Cabrera, P. J., Sánchez Morales, M.<sup>a</sup>. R. H. (Coords.). (2022). *Perspectiva social y psicológica de la situación de sin hogar*. Pirámide.

Y-Foundation. (2017). *A home of your own. Housing First and ending Homelessness in Finland*.



# ANUARIO ABERTO

---

---

TRABALLO PREMIADO NAS XXVII  
XORNADAS DA SECCIÓN DE  
PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG

---

SUMARIO

CASTELÁN



## ARTIGO LIBRE

# BUSCANDO SENTIDO E SEGURIDADE A TRAVÉS DUN GRUPO VINCULAR

**Gloria Alonso Toribio**

*PIR-3 Hospital Universitario Virgen Macarena*

**Carlos Díaz Marcelo**

*FEA Psicología Clínica \**

**Laura Ciudad Gallardo**

*Terapeuta Ocupacional \**

**Rocío López Díaz**

*FEA Psicología Clínica Hospital Universitario Virgen de Valme*

**Elena Gómez de Agüero Ortiz**

*PIR-3 Hospital Universitario Virgen Macarena*

*\*Unidade de Saúde Mental Infanto-Xuvenil da Unidade de Xestión  
Clínica de Saúde Mental do Hospital Universitario Virgen Macarena  
de Sevilla*

[carl\\_diaz82@hotmail.com](mailto:carl_diaz82@hotmail.com)

SUMARIO

CASTELÁN

## RESUMO

Queremos compartir un relato clínico nacido da reflexión tras un ano de acompañamento a un grupo de adolescentes dentro da Unidade de Saúde Mental Infanto-Xuvenil da Unidade de Xestión Clínica de Saúde Mental do Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Esta narrativa xorde grazas a experiencias, sentimentos, temores e fantasías compartidas polo grupo de mozos que nos inspiraron para elaborala.

Buscamos mostrar a extrema vulnerabilidade dun conxunto de persoas en construción que presentan o que poderíamos denominar como trastornos do vínculo, onde o desenvolvemento do sistema de apego foi gravemente danado na súa curta historia vital. «O outro» é sinónimo de abandono/dor e a soidade/desconfianza impuxéronse como forma de supervivencia. Estas carencias e estigma que cargan son difíciles de afrontar por eles e por nós cando chegan ás nosas consultas. Como resposta, ofrecemos un lugar e un espazo que posibilitasen unha experiencia alternativa con «outros» e en grupo diferente ao desamparo.

**PALABRAS CHAVE** — Grupo terapéutico, adolescentes, trastorno vincular, desamparo.

## ABSTRACT

We want to share a clinical story born from the reflection of accompanying a group of adolescents within the Child and Adolescent Mental Health Unit of the Virgen Macarena University Hospital for a year. This narrative arises thanks to experiences, feelings, fears and fantasies shared by the group of young people who have inspired us to do so.

We seek to show the extreme vulnerability of a group of people in construction who present what we could call attachment disorders, where the development of the attachment system has been seriously damaged in their short life history, “the other” is synonymous with abandonment/pain and loneliness/mistrust have been imposed as a way of survival. These shortcomings and stigma that they carry are difficult for them and for us to face when they come to our consultations. In response, we offered a place and a space that would enable an alternative experience with “others” and in a group other than homelessness.

**KEY WORDS** — Therapeutic group, adolescents, bonding disorder, helplessness



Ilustración: Patricia Rui Fernández

## RESUMO

Son moitos os grupos polos que pasamos e formamos parte ao longo da nosa historia vital e profesional. Con todo, non todos nos calan e moven na mesma medida. O que vimos compartir é precisamente un deses grupos cunha estrutura especial, un «algo» difícil de expresar con poucas palabras. Un lugar peculiar, pero, sobre todo, delicado. Un grupo que recolle a esencia de grupo psicoterapéutico como «fenómeno transicional» que Winnicott (1972) propuxo referíndose a «*la zona intermedia de experiencia, entre el pulgar y el osito... entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya se ha introyectado*» (Sardinero e Pedreira, 1990). Para que esta zona puidese darse e permitise unha experiencia na que participase a realidade interior e a exterior, estableceuse un en-

cadre que conxugase un punto de referencia (*setting*) e unha función de referencia (*holding*).

O *setting* establecido foi o seguinte: os martes, quincenalmente, na consulta do Psicólogo Clínico da Unidade de Saúde Mental Infanto-Xuvenil en horario de 10:00 a 11:30 h. Non obstante, raro é o día no que se empeza a esa hora, pois os centros de menores ou os domicilios onde residen estes menores non son sempre os mesmos. Unha das características deste grupo é precisamente a flexibilidade do encadre dentro dunha estrutura básica.

Trátase dun grupo semicerrado que se expón ano tras ano ao finalizar o curso e normalmente se desenvolve entre os meses de setembro e xullo.

Este punto de referencia xa viña establecéndose desde facía máis de dous anos, cando comezou un grupo neste dispositivo ao que

lle custou arrancar. Un grupo que requiriu tempo, constancia e presenza para poder dar lugar a unha viaxe, a viaxe dos lobos artísticos (Díaz et al., 2020).

O *holding*, ese sostén, continente de todo o proxectado nel, o que se pon en xogo nese funcionar grupal e a súa finalidade; consiste no seguinte (Sardinero e Pedreira, 1990):

- O grupo como lugar vincular privilexiado entre o social e o individual. Lugar no que experimentar consigo mesmos outros momentos «grupais» diferentes aos das súas historias persoais. Lugar onde poder tamén vivir a confrontación cos outros/pares que remite aos irmáns reais.
- O grupo no que se produce o transicional como vaivén dialéctico entre, por unha banda, a diacronía e a sincronía, o pasado e o presente, o alá e o aquí e agora; e, doutra banda, o grupo terapéutico e o grupo non terapéutico, o grupo familiar e o grupo non familiar, o suxeito individual e o suxeito en colectividade.
- O grupo como zona intermedia, da que xa falaba Winnicott, necesaria para a iniciación (ou máis ben no noso caso restauración) da relación entre o neno e o mundo. Por tanto, unha realidade compartida que conforma unha zona de ilusión á vez que un proceso de desilusión.
- Finalmente, desde a apertura imaxinaria no grupal e coa participación do real do grupo que permite procesar elementos para acceder a comprender as súas realidades. Aquí é onde estriba o rol e función dos psicoterapeutas, así como o seu método e a súa técnica para poder nomear eses fenómenos transicionais.

Unha vez contextualizado o encadre deste labor compartido, temos que introducir aos protagonistas deste. O grupo coordinador está formado por un FEA de Psicoloxía Clínica e a terapeuta ocupacional do dispositivo infanto-xuvenil de terceiro nivel. Neste proxecto

levan involucrados, como dicíamos anteriormente, máis de dous anos. Ademais, acollen a algún dos residentes que rotan polo dispositivo, se se mostra interese e se asegura compromiso.

Os participantes menores de idade, ao longo do curso 2023-2024, foron catro mozas e dous mozos de entre quince e dezasete anos. Dúas das mozas xa formaran parte de experiencias previas no grupo vincular. Para o resto, era algo novo.

Como viñamos dicindo, é moi complexo tentar trasladar a esencia deste grupo con palabras técnicas ou simples desenvolvementos descritivos. Por iso, decidimos recorrer á experiencia dunha das residentes, á reflexión e traballo conxunto de todos nós e á lectura de textos inspiradores para tentar facervos chegar a vivencia compartida con estes menores.

## RELATO CLÍNICO

Chego a un grupo que leva desenvolvéndose desde hai varios anos nesta unidade. Xa me avisaron previamente, o equipo trata de ser moi coidadoso e, se decido asistir ao mesmo, teño que comprometerme con acudir a todas as sesións. Non se pode chegar un día, ver, oír e desaparecer.

O desamparo, o desarraigamento e as carencias son as feridas comúns nestes menores (Muñoz, 2023). O plan é poder ofrecer unha experiencia emocional correctiva, non é fácil, pero, para iso, hai que estar presentes. Require tempo, constancia, paciencia. Recuperar a confianza básica é un arduo traballo, ben o saben os profesionais involucrados neste grupo.

A idea é que este sexa un «grupo que aloxa» (Jasiner, 2019), que acolle, ao que está abatido e ao que lle falta unha ancoraxe. Con ese propósito, este pequeno grupo ofrécese como espazo especialmente valioso para ir atravesando, ao redor dunha tarefa, unha experien-

cia do común, que non do igual, porque cada un deles ten un percorrido diferente, pero en todos eles os obstáculos, as pedras, son a norma.

Falabamos desas feridas comúns atravesadas polo desamparo e o desarraigamento ao longo da súa curta historia vital. Feridas gravadas que impediron o desenvolvemento de vínculos afectivos significativos ou ben os houbo, pero foron sumamente daniños. Cando a experiencia do amor foi algo ameazante e terrorífico, cando se vive como algo errado do que escapar e ao que sobrevivir.

Hai quen nunca viviu cos seus pais e, cando finalmente se presentou a oportunidade, a súa vivencia foi de terror.

Hai quen foi adoptada, pero non sabe de onde vén e atópase en constante fuxida e busca unha representación imposible da súa nai e pai. Outros creceron durante uns anos xunto a unhas figuras das que finalmente tiveron que ser separados para pasar ao Servizo de «Protección» de Menores.

E que é o que os demais ven? Que nomes se lle poñen ao seu sufrimento? Nós adoitámolos dicir, escoitar e escribir como unha ampla gama de síntomas desde o ansioso-depresivo ata as alteracións graves de conduta, o consumo de tóxicos, os síntomas dissociativos, as autolesións... En fin, multitude de formas de resposta ante experiencias que chocan na garganta e impiden o impulso para falar, algo que fai case enmudecer (Escudero, 2020).

Xa na primeira sesión á que acudo percibo que é un grupo singular, a fragilidade é palpable desde a entrada. O equipo preséntame e eu saúdo, pero sei que non esperan nada de min. Cando un perdeu tanto, imponse a desconfianza, o non esperar demasiado. Observo as miradas serias e esquivas, os corpos encollidos, os silencios.

Entón empézase a falar, aos poucos, nada profundo ou intenso, pero suficiente para que se vaian sentindo algo máis cómodas. Fálase de

problemas do seu día a día, da falta de comprensión por parte dos educadores dos centros, dos outros nenos, da rixidez de normas na casa, no centro... E alguén suxire que o mellor sería tirarse dunha ponte. A min chócame, ao resto divírtelles e seguen dándolle forma. Pero, unha ponte? que ponte? e por que? A ponte espertou e conectou a todos e o equipo sabe recoller este emerxente. E, se en lugar de estar un só sobre a ponte, imos todos debaixo del? Alí trasladámonos na fantasía común, na ilusión dunha vida á marxe de todo, unha solución a un sufrimento presente.

Debaixo da ponte é o lugar onde resgardarse co grupo e poder facer algo que é necesario: falar, deixar falar e aprender a escoitar. É o lugar onde ter momentos para romper os silencios e tabús que as súas familias e a nosa sociedade imponen á desdita, un lugar onde poder infundir esperanza e coraxe (Cyrulnik, 2020). E empézase a compartir...

Musa séntese encarcerada, non para de fuxir da súa casa. No grupo fantasea con ir a un centro de menores. «*Alí polo menos hai outros nenos —pregúntome se quererá dicir irmáns?—*. Ademais, *alí sería máis fácil fuxir*». Entón, aquelas que se atopan en centros empezan a falar:

*Eu estou nun centro porque non podo estar na miña casa. Non é tan así. Non sabes se te trasladarán de centro. En que centro estás? A cal te trasladan? Quen hai nesas centros? Quen che bota conta? Fuxir? Imposible. Ao comezo non podes ter os teus botíns nesas casas por se fôxes, só che deixan zapatillas de estar por casa.*

Ou como cando Vicky acode seria e silenciosa ao grupo tras estar de permiso de fin de semana. Non quere falar «*Pódome ir?*» No grupo tamén se pode poñer un mal. Se un se vai, non se lle pode escoitar nin axudar. Entón Kim di «*o grupo é un sitio seguro onde se pode estar, contar só se se quere*». É entón cando sente ese sitio seguro, cando Vicky pode compartir por que se sentiu desprezada na fin de semana, cando pode verbalizar outra das moitas feridas «*dixo-*



*me que quen me ía a querer a min, que ningún me quería así de gorda».*

Estes son só fragmentos de historias compartidas ao longo das sesións do grupo vincular. Mostras que nos permiten entrever e conectar, aínda que sexa momentaneamente, co pánico que poden experimentar estas nenas por sentir a necesidade de confiar noutro.

Posiblemente así sexa máis fácil comprender a fantasía de saltar e zambullirse na auga, mergullarse e contemplar un mundo completamente diferente. Pero cando te mergullas sabes que é por un tempo limitado. Non queda máis remedio que subir á superficie e respirar: tes que volver ao teu medio e simplemente o fas (Escudero, 2020). O grupo ofrécese a modo de oxíxeno, como unha bocanada de aire.

O grupo como esa base segura, como ese lugar do que saír e ao que regresar coa certeza de ser ben recibido, chegues máis cedo ou máis tarde. De ser alimentado física e emocionalmente, como cando celebramos o nadal cun almorzo de chocolate con churros ou celebramos os aniversarios de Blanca coa súa tarta favorita feita na nosa casa, a famosa tarta de queixo. Tamén con esa capacidade de reconfortar, como cando Blanca se segue preguntando por que non a acolleu súa irmá e por que se atopa nun centro de menores e Kim comparte como ela tivo que afastarse e deixar de coidar do seu irmán pequeno para poder coidar de si mesma e regresar noutro momento. Incluso ser o lugar no que compartir momentos de felicidade, como cando Musa comparte que comezou unha relación de parella e conta que se chaman mutuamente agapornis. Todo isto ocorre co recollemento que ofrece un grupo e un equipo que se mostra accesible.

Con todo, o grupo tamén se ve asexado por unhas sombras, dunha ou outra maneira todas se senten encarceradas e desexan ser liberadas, pero de que? de quen? como? Teñen medo a nunca ser liberadas e quedar completamente soas. Teñen a impresión de que son elas as que teñen que facer algo, pero o que?

O medo paraliza. O tempo corre e moitas están a piques de cumprir a maioría de idade.

Lembrede o que supón cumprir dezaoto anos para a maioría de nós. É un momento que se espera con inquietude, nerviosismo, ilusión. Para unha nena que se atopa nun centro supón saír da tutela da Administración e, se se é «afortunada», transitar á emancipación en pisos tutelados coa idade de entre os vinte e un e vinte e cinco anos máximo. O relato que elas comparten ao ver aos nenos nos centros é este: «*o día do teu aniversario é o último día alí, logo á rúa ou a outro sitio que non coñeces*». «*Non sabes nada ata ese mesmo día*». E a historia repítese, un novo abandono, outro desarraigamento.

Parémonos, reflexionemos xuntos por un momento, a media de idade de emancipación en España son os vinte e nove anos. Estamos a pedirllas a estes nenos e nenas que teñan o seu proxecto vital construído con dezaoto ou dezanove anos. Pero temos todos e cada un de nós decidido o noso?

Poderíamos dicir que están adestradas en e para a fatalidade. Así aprenderon e saben escapar, saben fuxir e saben facer dano, se é necesario. Con todo, é curioso, móvense na ambivalencia entre escapar e non volver, á vez que desexan ser alcanzadas e que lles impidan saír (Escudero, 2020). Iso mesmo ocorreu no grupo cando se chegou tarde, se faltou... Pero aí estaba o grupo e o equipo para chamar e volver acoller. Porque no fondo saben que nos vínculos ás veces se sofre, pero fóra deles moito máis.

Algúns marcharon, levados por outros (traslado a outros centros, levados por proxenitores...) ou fuxindo por si mesmos. Aquí, quedan outras poucas debaixo da ponte, construíndo as bases do que logo será o seu percorrido. Ás veces, algunha cae á beira do río, pero aí está o grupo para tender a man e recollela e para tender a man aos que formaron parte e os que a formarán.

Espero que cada unha delas poida percibir o recoñecemento como persoas valiosas por parte do grupo e o equipo e poidan permitirse ser respectadas e aceptadas. E cando estean preparadas, se suban a eses cimentos e percorran esa ponte de extremo a extremo, sabendo que poden mirar atrás e ver un punto de partida, unhas raíces, quizais non as mellores, pero algo seu propio e á vez compartido co resto do grupo.

## CONCLUSIÓN

Son moitas as emocións e recordos que nos atravesan á hora de ler e reler este relato. Esperamos que tamén vós puidédeses conectar e, quizais, deixárvos levar a momentos e emocións propios no voso labor.

Sen lugar a dúbida, foi un proceso arduo, pero necesario para poder recoller todo aquilo que parecía innomeable, poder procesalo, poñerlle palabras e calmar angustias, tamén as nosas.

## BIBLIOGRAFÍA

Cyrułnik, B. (2020). *Autobiografía de un espantapájaros: testimonios de resiliencia: el retorno a la vida*. Gedisa.

Díaz, C., Ciudad, L., & Cutillas, M. J. (2020) A viaxe dos lobos artísticos: Grupo vincular. *Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG, 13*, 113-121.

Escudero, V. (2020). *Retratos de resiliencia; relatos sobre la emoción y el cambio en psicoterapia*. Sentir editorial.

Jasiner, G. (2019). *La trama de los grupos: dispositivos orientados al sujeto*. Lugar editorial.

Muñoz, B. (2023, 22 febrero). Una obra de teatro contra las ideas falsas sobre los menores tutelados: “Su herida común es el desarraigo”. *ElDiario.es*. [https://www.eldiario.es/galicia/obra-teatro-ideas-falsas-menores-tutelados-herida-comun-desarraigo\\_1\\_9960234.html](https://www.eldiario.es/galicia/obra-teatro-ideas-falsas-menores-tutelados-herida-comun-desarraigo_1_9960234.html)

Sardinero, E. & Pedreira J. L. (1990). Juegos grupales y comunidad en salud mental infanto-juvenil. *La concepción operativa de grupo, AEN*, 107-145.



## RESUMO

Preséntase o caso dunha adolescente (V.) de catorce anos que acode á consulta de Psicoloxía Clínica por baixo estado de ánimo, malestar en relación coas dificultades para xestionar as súas emocións, sentimentos de inutilidade, autoavaliación negativa e un intento de suicidio. Deixou de ir ás clases e de relacionarse cos seus compañeiros.

Na exploración clínica, os síntomas que describe son compatibles coa presenza dun episodio depresivo. Durante as consultas, rescátase o seu interese polos aspectos literarios.

Despois de formular o caso, decídese realizar unha intervención desde a perspectiva da terapia narrativa, que propón que a realidade das persoas constrúese de forma dinámica a través da linguaxe.

## ABSTRACT

We present the clinical case of a 14-year-old teenager (V.) who came to the Clinical Psychology consultation for low mood, discomfort related to the difficulties in managing her emotions, feelings of worthlessness, negative self-evaluation and a suicide attempt. She stopped going to class and stopped interacting with her peers.

On clinical examination, the symptoms she describes are compatible with the presence of a depressive episode. During the consultations, her interest in the literary aspects was highlighted.

After formulating the case, it was decided to conduct an intervention from the perspective of narrative therapy, which proposes that people's reality is dynamically constructed through language.

## INTRODUCCIÓN

Algúns autores suxiren que os adolescentes están máis expostos á conduta suicida ao ser unha etapa na que se producen unha maior cantidade de cambios emocionais, físicos e sociais. Non é estraño que durante estes anos lles invadan dúbidas sobre o seu papel e a súa propia identidade e, en ocasións, recorran a condutas suicidas cando carecen de habilidades para xestionar o seu malestar.

Desde o enfoque da terapia narrativa argumentase que un autoconceito saturado de dificultades é só unha forma de contar o problema. A súa evidencia descansa no cumprimento das características que se consideran necesarias para a eficacia e a efectividade desde a perspectiva de factores comúns.

## OBXECTIVOS DO TRATAMENTO

A intervención foi guiada a partir de tres obxectivos principais: primeiro, eliminar as ideas e comportamentos suicidas, adquirindo novas estratexias adaptativas; segundo, mellorar o estado de ánimo, e, terceiro, restaurar a funcionalidade. Proponse como obxectivo específico promover estratexias para modificar o autoconceito de V., a través dunha narración na que se xere a percepción de autovalía e, con iso, transformar unha situación saturada de problemas nun relato no que desafiar as dificultades.

## APLICACIÓN DO TRATAMENTO

Realízase unha primeira entrevista con V. e os seus pais, na que se exploran os síntomas clínicos e recóllese a información necesaria para a formulación do caso.

A intervención tivo unha duración de catro meses. Realizáronse nove sesións dunha hora cada dúas semanas.

Durante as sesións promóvense conversas liberadoras, que axudasen a cuestionar os seus problemas e a construír a súa propia historia.

Entre cada sesión, propóñense tarefas relacionadas coa visualización de vídeos, lectura e escritura de relatos.

Durante a quinta sesión, apréciase a mellora clínica e V. comeza a xerar os seus propios obxectivos, gañando un premio literario cun dos seus relatos.

## RESULTADOS

Cara ao remate da intervención, V. mostra unha mellora xeral no estado afectivo e na funcionalidade.

Acude ás clases e presenta un bo rendemento, ademais de relacionarse cos seus compañeiros.

Non refire pensamentos suicidas e mantén a motivación para conseguir as súas metas, entre a que destaca un obradoiro de lectura para nenas que imparte no seu tempo libre.

## CONCLUSIÓNS

Como é sabido, a mellora clínica adoita estar relacionada con diversas circunstancias. Non obstante, a terapia narrativa podería ser un recurso complementario para tratar os síntomas depresivos con ideación suicida.

A construción dunha autoimaxe positiva a través deste enfoque, no que a idea fundamental é que non definimos a realidade que vemos, senón que vemos a realidade que definimos; pode favorecer unha adecuada formación da personalidade e evitar futuros problemas psicolóxicos.

# Terapia narrativa como recurso para o tratamento da depresión e a conduta suicida durante a adolescencia: relato dun caso.

Botana Martínez, M.S.



Facultativa Especialista de Psicoloxía Clínica, Centro Médico Corsaude, A Coruña

## Introdución

Algúns autores suxiren que os adolescentes están máis expostos á conduta suicida porque é unha etapa na que se producen cambios emocionais, físicos e sociais. Non é estraño que durante estes anos lles invadan dúbidas sobre o seu papel e a súa propia identidade e, en ocasións, recorren a condutas suicidas cando carecen de habilidades para xestionar o seu malestar.

Preséntase o caso dunha adolescente (V.) de 14 anos que acode á consulta de Psicoloxía Clínica por baixo estado de ánimo, malestar en relación ás dificultades para xestionar as súas emocións, sentimentos de inutilidade, autoavaliación negativa e un intento de suicidio. Deixou de ir ás clases e de relacionarse cos seus compañeiros.

Despois de formular o caso, decídese realizar unha intervención desde a perspectiva da terapia narrativa, que propón que a realidade das persoas se constrúe de forma dinámica a través da linguaxe. Desde este enfoque, argumentase que un autoconceito saturado de dificultades é só unha forma de contar o problema. A súa evidencia descansa no cumprimento das características que se consideran necesarias para a eficacia e a efectividade dende a perspectiva de factores común.

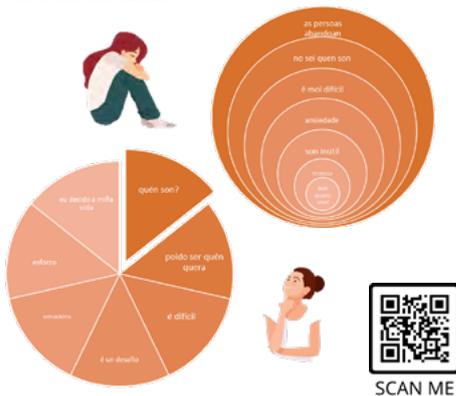
## Caso clínico

- **Identificación da paciente/coautora:** V. é unha muller de 14 anos que vive cos seus pais, ten dúas irmás maiores (19 e 22 anos), alumna de 3º da ESO con moi bo rendemento. A súa nai é médica de atención primaria e o seu pai é profesor.
- **Análise do motivo da consulta:** A paciente é derivada polo seu psiquiatra con diagnóstico previo de episodio depresivo, tras ser dada de alta para un ingreso, despois dun intento de suicidio. Acude a consulta de Psicoloxía Clínica no centro de saúde privado Corsaude, por baixo ánimo, malestar en relación ás dificultades para xestionar as súas emocións, sentimentos de inutilidade, autoavaliación negativa e pensamentos de suicidio. Deixou a ir ás clases e de relacionarse cos seus compañeiros. Exploráronse as excepcións e rescátase o interese polos aspectos literarios.
- **Historia do problema:** Tanto V. como os seus pais consideran que os síntomas comezaron hai uns meses, coincidindo co feito de que a súa irmá mediana, coa que garda moi boa relación, marchou á universidade. Tamén menciona que o seu mellor amigo foi vivir a outra cidade. V. considera que depende das persoas coas que establece vínculos de relación xa que lle axudan a regularse e a saber quen é. Non refire ter presentado síntomas afectivos no pasado e atribúe o episodio á súa inseguridade e falta de autoestima. Expresa malestar en relación coas dificultades para tolerar o malestar e a falta de expectativas de mellora. Sempre disfuto das súas obrigas académicas, pero considera agora o nivel de existencia é demasiado alto para ela. Señala que un día non puido máis e intentou suicidarse con pastillas.
- Despois de formular o caso, decídese realizar unha intervención desde a perspectiva da terapia narrativa, que propón que a realidade das persoas se constrúe de forma dinámica a través da linguaxe.

Táboa 1.  
Formulación do caso

Linguaxe interna	Solucións identificadas	Resultado
"Son inútil", "non son capaz", "no sei quen son", "non soporto o malestar", "as persoas que quero abandónanme", "non merece a pena facer amigos", "non merece a pena vivir".	Evitación de situacións (obrigas académicas, situacións relacionais, actividades practeras)	Autoimaxe negativa
	Evitación das emocións desagradables (ansiedade e tristeza).	Sentimentos de tristeza e ansiedade.
		Esgotamento e desesperanza
		Ideas/condutas suicidas.

Figura 1.  
Proceso de deconstrución da autoimaxe



## Obxectivos do tratamento

A intervención gíose por tres obxectivos principais: 1) eliminar as ideas e comportamentos suicidas, adquirindo novas estratexias adaptativas. 2) mellorar o estado de ánimo e 3) restaurar a funcionalidade. Como obxectivo específico, propónse promover estratexias para modificar o autoconceito de V. a través dunha narración na que se xere a percepción de autovalía, e con iso, transformar unha situación saturada de problemas nun relato no que desafiar as dificultades.

## Aplicación do tratamento

A intervención durou catro meses. Realizáronse nove sesións dunha hora cada dúas semanas.

Durante as sesións promóvense conversas liberadoras, que axuden a cuestionar os seus problemas e a construír a súa propia historia.

Entre cada sesión propóñense tarefas relacionadas coa visualización de vídeos, lectura e escritura de relatos.

Exemplos: Lectura de biografías e búsqueda de puntos de vista comúns. Atopar nomes de personaxes os seus problemas.

Durante a 5ª sesión, apréciase a mellora clínica e V. comeza a xerar os seus propios obxectivos, gañando un premio literario cun dos seus relatos.

## Evaluación dos resultados

O remate da intervención V. mostra unha mellora xeral no estado afectivo e na funcionalidade. Acude a clases con bo rendimento e estase relacionándose cos seus compañeiros. Non refire pensamentos de suicidio e mantén a motivación para a súas metas, entre a que destaca un obradoiro de lectura para nenos, que imparte no seu tempo libre.

## Conclusións

Sábese que a mellora clínica adoita estar relacionada con diversas circunstancias. Non obstante, a terapia narrativa podería ser un recurso complementario para tratar os síntomas depresivos con ideación suicida. A construción dunha autoimaxe positiva a través deste enfoque, no que a idea fundamental é que non definimos a realidade que vemos, senón que vemos a realidade que definimos, pode favorecer unha adecuada formación da personalidade e evitar futuros problemas psicolóxicos.

# Nº16 Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG

---

## OBXECTIVO DA PUBLICACIÓN

O Anuario foi, e é, unha publicación aberta. Nace co propósito de dar voz e oído, de invitar á reflexión dos que escriben e dos que len, sobre temas de interese para a Psicoloxía Clínica.

Cada número vértébrase sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluíndo áreas de coñecemento alleas á propia, pero que poden achegar novos mapas.

## PERIODICIDADE DA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

---

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

---

### AUTORES DOS ARTIGOS DO MONOGRÁFICO

Os artigos serán solicitados aos autores por parte do Equipo de Redacción do Anuario; os textos deben ser orixinais e o estilo será libre, seguindo o obxectivo xeral marcado polo Equipo.

**A EXTENSIÓN** máxima será de 17 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

**A ESTRUCTURA** do artigo será a seguinte:

- Título.
- Autor, lugar de traballo e e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras) en español ou galego e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en español ou galego e en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias bibliográficas.

---

### ANUARIO ABERTO: CASOS CLÍNICOS

Incluíranse descrições dun ou máis casos clínicos que supoñan unha contribución ao coñecemento da psicopatoloxía ou da intervención psicoterapéutica.

**A EXTENSIÓN** máxima do texto será de 6 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

**A ESTRUCTURA** do Caso Clínico deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Obxectivos.
- Intervención.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 referencias bibliográficas.

---

### ANUARIO ABERTO: ARTIGOS LIBRES

Incluíranse traballos orixinais nos que se describan traballos de investigación ou revisións teóricas de temáticas psicolóxicas, desde un punto de vista clínico ou asistencial.

**A EXTENSIÓN** máxima do texto será de 17 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

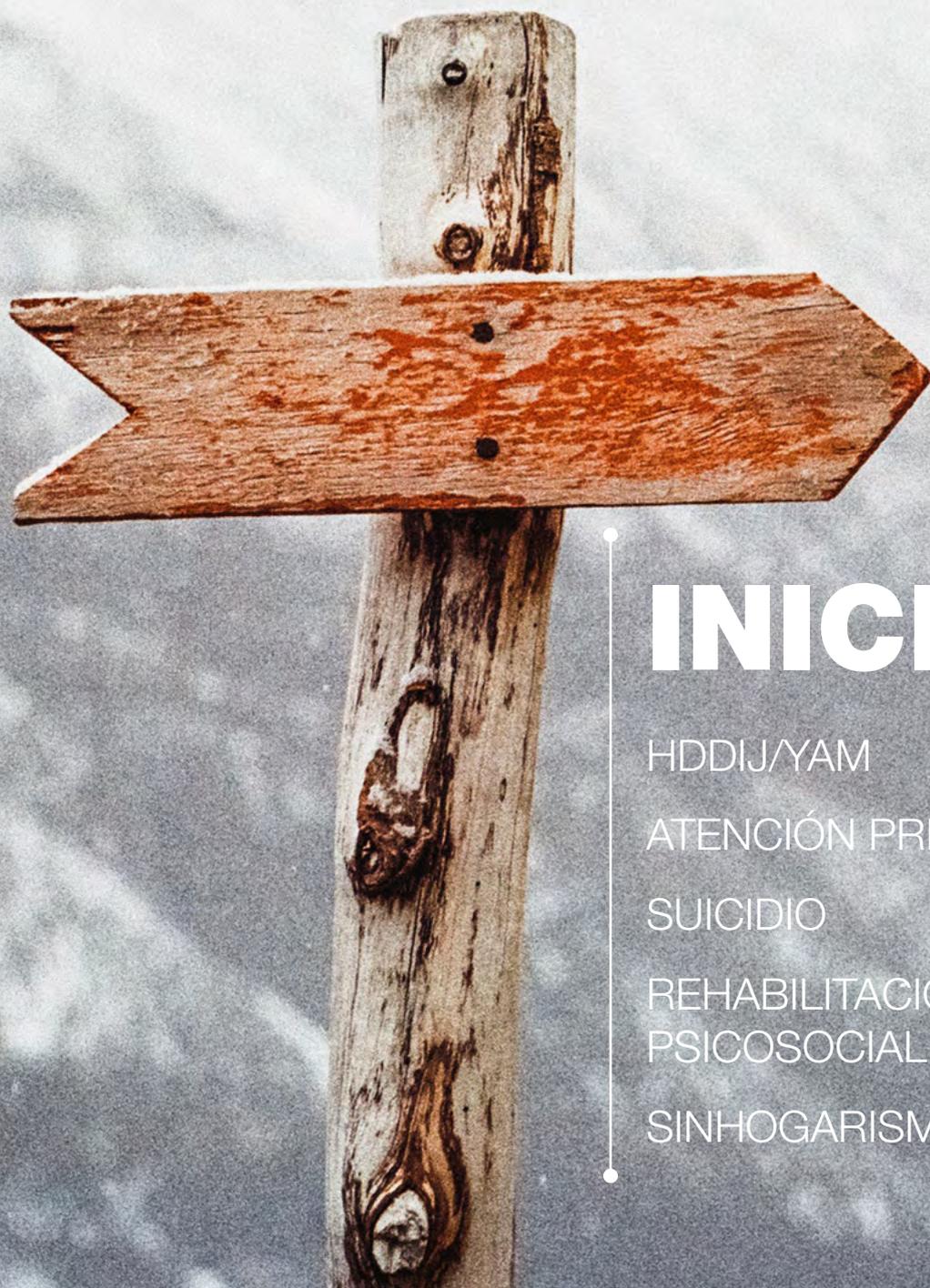
**A ESTRUCTURA** da Comunicación Libre deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 referencias bibliográficas.

# ANUARIO DE PSICOLOGÍA Y SALUD

Nº **16**

Revista Oficial de la  
Sección de Psicología y Salud del COPG



## INICIOS

HDDIJ/YAM

ATENCIÓN PRIMARIA

SUICIDIO

REHABILITACIÓN  
PSICOSOCIAL

SINHOGARISMO

Nº16

REVISTA OFICIAL DE LA SECCIÓN DE  
PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG

CONSEJO EDITORIAL

**Xacobe Abel Fernández García** / Presidente

**Paula Marcos Carregal** / Vicepresidenta

**María Villarino González** / Secretaria

**Eduardo Martínez Lamosa** / Tesorero

**Paula Cid Gutiérrez** / Vocal

**María Salomé Botana Martínez** / Vocal

CONSEJO DE REDACCIÓN

**M<sup>a</sup> Gabriela Domínguez Martínez** / Directora  
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN PONTEVEDRA

**Noelia Pita Fernández**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE FERROL

**Paula Rodríguez Vázquez**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE VIGO

**Laura Sotelo Estévez**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA – O  
SALNÉS

**Aislinn García Hermo**  
PSICÓLOGA CLÍNICA. ACLAD CORUÑA

**anuario@copgalicia.gal**

EDITA

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia  
Espíñeira, 10 baixo  
15706 Santiago de Compostela

T. 981 534 049 | Fax. 981 534 983

[www.copgalicia.gal](http://www.copgalicia.gal) | [copgalicia@copgalicia.gal](mailto:copgalicia@copgalicia.gal)

DISEÑO Y MAQUETACIÓN – Laura Decibreiro

IMÁGEN DE PORTADA – Mugil Chakkra / Pexels

ISSN: 2444-6653

Revista indexada en Latindex  
<https://www.latindex.org/latindex/ficha/22303>

Noviembre, 2023

Depósito Legal: C 1615-2019  
<https://copgalicia.gal/seccions/psicologia-e-saude/publicacions>

---

El Consejo Editorial y el Consejo de Redacción no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados

Las opiniones expresadas en la Presentación son responsabilidad del Consejo de Redacción

APUNTE

La preferencia de idioma en el original de cada artículo fue determinada por su autor/a, con la posterior traducción del Consejo de Redacción y revisión del COPG

# SUMARIO

- 04 — PRESENTACIÓN  
M<sup>a</sup> Gabriela Domínguez Martínez
- 06 — HDDIJ/YAM / DEL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL AL PROGRAMA YAM, CONSTRUYENDO Y DECONSTRUYENDO ESPACIOS  
Melania Beceiro Rico + Laura María Vigo Santamariña
- 22 — ATENCIÓN PRIMARIA / PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SERVICIO GALEGO DE SAÚDE: REFLEXIONES TRAS DOS AÑOS DE EXPERIENCIA  
Lidia Sánchez Edreira + Luis Rodríguez Recarey + Mónica Santos Rivas+ Patricia Vázquez Batán + Casilda M. Oujo Fernández + Alicia Carballal Fernández
- 34 — SUICIDIO / LOS INICIOS DE UNA UNIDAD, PÚBLICA Y SANITARIA, DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO  
José Eduardo Rodríguez Otero
- 50 — REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL/ REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL A TRAVÉS DE LA CREATIVIDAD Y DEL EMPLEO PARA PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMIDAD MENTAL GRAVE. DE LOS COMIENZOS DEL PROYECTO HASTA EL DÍA DE HOY  
Participantes de Andaina PSM + María López Piñeiro + Equipo de profesionales de Andaina PSM
- 62 — SINHOGARISMO / INTERVENCIÓN SOCIAL EN SINHOGARISMO. MARCO CONCEPTUAL BÁSICO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN  
Pablo Sánchez Ferreira
- 81 — **ANUARIO ABIERTO**
- 82 — **ARTÍCULO LIBRE** / BUSCANDO SENTIDO Y SEGURIDAD A TRAVÉS DE UN GRUPO VINCULAR – Gloria Alonso Toribio + Carlos Díaz Marcelo + Laura Ciudad Gallardo + Rocío López Díaz + Elena Gómez de Agüero Ortíz
- 90 — **PÓSTER** / TERAPIA NARRATIVA COMO RECURSO PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN Y LA CONDUCTA SUICIDA DURANTE LA ADOLESCENCIA: RELATO DE UN CASO  
María Salomé Botana Martínez

*Lo importante es empezar, ya  
habrá tiempo de pensar en los  
detalles!*

*Todas las cosas son ya dichas,  
pero como nadie escucha, hay  
que volver a empezar siempre.*

# PRESENTACIÓN

**M<sup>a</sup> Gabriela Domínguez Martínez**

*Directora del Consejo de Redacción*

*Psicóloga Clínica.*

*Práctica privada en Pontevedra*

**[gabriela.dominguezmartinez@gmail.com](mailto:gabriela.dominguezmartinez@gmail.com)**

Tras cada publicación, quien marca oficialmente el inicio de la siguiente es nuestra compañera Noelia que, tras la reunión que tenemos para decidir temas, cambia el icono de nuestro grupo de WhatsApp con una imagen que refleja el tema escogido. Es un buen inicio, marca el cierre de un proceso anterior y el comienzo del siguiente. Podría parecer que lo que hacemos es continuar, pero cada vez es un nuevo arranque que comenzamos con curiosidad, ganas, expectación, incertidumbres, inconvenientes, oportunidades. Todo comienzo tiene su encanto.

Los inicios son momentos delicados, pero no siempre debemos esperar a que las condiciones sean las idóneas para empezar. A veces, el mero hecho de comenzar ya hace que cualquier condición sea perfecta. Y bajo esta premisa discurremos este número que gira en torno al tema **de los inicios**. Una vez escogido el tema, toca proponer artículos y articulistas. Hay quien dice que «cuanta más confianza, mejor capacidad de persuasión», pero también de sinceridad en el rechazo. No siempre es fácil iniciar el *Anuario*: hay inconvenientes, contratiempos y negativas que hacen que, para poder seguir, tengamos que empezar de nuevo. Cuando pensamos en un artículo también tenemos que contemplar que «si sale, sale; si no sale, hay que volver a empezar a pensar ideas... todo lo demás son fantasías».

Parte de las ideas surgieron pensando en los nuevos programas que se estaban desarrollando en nuestra comunidad con la puesta en marcha del «Plan de Saúde Mental de Galicia Poscovid 19 para o período 2020-2024».

Considerando esto, abrimos el *Anuario* con el artículo de Melania Beceiro Rico (Psicóloga Clínica) y Laura Vigo Santamariña (Médico Psiquiatra) *Del Hospital de Día Infanto-Juvenil al Programa YAM, construyendo y deconstruyendo espacios*, un hermoso artículo en el que mezclan aspectos personales (dos amigas que se reencontran tras el paso de los años) con lo laboral y experiencial.

El siguiente artículo viene de la mano de los Psicólogos Clínicos Lidia Sánchez Edreira, Luis Rodríguez Recarey, Mónica Santos Rivas, Patricia Vázquez Batán, Casilda M. Oujo Fernández y Alicia Carballal Fernández; con su artículo *Psicología Clínica en Atención Primaria en el Servicio Gallego de Salud: Reflexiones tras dos años de experiencia*. Estas reflexiones ponen en valor la importancia de la atención desde lo primario como preventivo y fundamental; hablando de la implementación del programa, de las dificultades y esperanzas en cada área, y de lo común de un modelo de trabajo colaborativo, coordinado, breve y focalizado.

Continuamos con el artículo de José Eduardo Rodríguez Otero (Psicólogo clínico), *Los inicios de una unidad, pública y sanitaria, de prevención del suicidio*. Se trata de un artículo sincero sobre la puesta en marcha del proyecto, con viñetas clínicas y vivencias personales; que habla también de la toma de decisiones, de lo que se quiere y no se quiere, los aspectos éticos, los referentes, la autocrítica y el «pararse para continuar».

El equipo y usuarios de Andaina PSM, coordinados por la psicóloga sanitaria María López Piñeiro, con su artículo *Rehabilitación Psicosocial a través de la creatividad y el empleo para personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave. De los comienzos del proyecto hasta el día de hoy*; hacen un recorrido del trabajo con personas con TMG desde su asociación, que parte de lo ya hecho para llegar a lo novedoso. De continuar la vida iniciando proyectos personales y facilitando lo laboral. Todo esto lo hacen incluyendo relatos en primera persona.

Cerramos la parte del monográfico con el artículo de Pablo Sánchez Ferreira (Trabajador Social), *Intervención social en el Sinhogarismo. Marco conceptual básico y líneas de actuación*. Un artículo muy interesante en el que se definen aspectos relacionados con el sinhogarismo para comprender todo lo que implica y cómo se llega a esta condición desde los inicios, haciendo una propuesta metodológica propia a partir

de su experiencia. El inicio de una propuesta metodológica sin cambiar de escenario, pero abriendo más los ojos para actuar desde lo básico y fundamental, como es el trinomio salud-alojamiento-recursos económicos.

La parte del Anuario Abierto la conforman el artículo libre *Buscando sentido y seguridad a través de un grupo vincular*, de Gloria Alonso Toribio (PIR), Carlos Díaz Marcelo (Psicólogo Clínico), Laura Ciudad Gallardo (Terapeuta ocupacional), Rocío López Díaz (Psicóloga Clínica) y Elena Gómez de Agüero Ortíz (PIR); y el póster premiado en las pasadas Jornadas de la Sección de Psicología y Salud del COPG, *Terapia narrativa como recurso para el tratamiento de la depresión y de la conducta suicida durante la adolescencia: relato de un caso*, de María Salomé Botana Martínez (Psicóloga Clínica).

Y cierro (que no inicio), como cada año, agradeciendo y dando la enhorabuena a mis compañeras de equipo por su implicación, su trabajo y compromiso; así como a las autoras y a los autores de los artículos, que tan bien lo hicieron, y a las compañeras del COPG.

¡Esperamos que os quede un buen sabor de boca con la lectura!

# FDIJ / YAM

DEL HOSPITAL DE  
DÍA INFANTO-JUVENIL  
AL PROGRAMA YAM,  
CONSTRUYENDO Y  
DECONSTRUYENDO  
ESPACIOS

**Melania Beceiro Rico**

*Psicóloga Clínica en la USM-IJ del Área Sanitaria de Ferrol*

[melania.beceiro.rico@sergas.es](mailto:melania.beceiro.rico@sergas.es)

**Laura María Vigo Santamariña**

*Médico Psiquiatra, Coordinadora en la USM-IJ del Área Sanitaria de A Coruña y Cee*

[laura.maria.vigo.santamarina@sergas.es](mailto:laura.maria.vigo.santamarina@sergas.es)

SUMARIO

GALLEGO

## RESUMEN

En este artículo vamos a hablar sobre dos modelos diferentes de intervención en la población infanto-juvenil que pueden resultar complementarios y que parten de filosofías diferentes. Relataremos nuestra experiencia, la de dos profesionales en salud mental que en el mismo período de tiempo están embarcadas en la puesta en marcha de un Hospital de Día Infanto-Juvenil y en la formación e implementación del programa YAM (Youth Aware of Mental Health). Dos visiones distintas sobre cómo ayudar a los jóvenes. Participar a la vez en ambos proyectos ha supuesto para nosotras la posibilidad de plantearnos ciertos aspectos de nuestra forma de trabajar que hemos intentado plasmar en este artículo. Desarrollaremos inicialmente la puesta en marcha de lo que sería nuestro Hospital de Día Infanto-Juvenil ideal para, más tarde, relatar cómo ha sido nuestra experiencia en la formación YAM.

**PALABRAS CLAVE** — Hospital de Día Infanto-Juvenil, Programa YAM, Salud Mental Infanto-Juvenil, Adolescentes, Prevención de Suicidio.

## ABSTRACT

On this paper we are going to discuss two different intervention models focused on the child and adolescent population. Both models have been shown effective and can be complementary although the approach differs completely from one to another. We will relate our personal experience as health care professionals working with children and adolescents in different mental health units. The aim of this paper is to narrate in first person the hopes and the struggles of two people initiating two projects. The beginning of a Day care hospital for children and adolescents and the implementation of the YAM program (Youth Aware of Mental Health). Two different perspectives on how to help young people. Participating in both projects at the same time have led to some reflections on our own way of working with children and adolescents trying to apply the positive aspects of both approaches in our day to day work. We will discuss first the development of what for us would be the “Perfect day care hospital” for later on develop on more deep how was the YAM training to become instructors.

**KEY WORDS** — Child and Adolescent Day Care Hospital, YAM Program, Child and Adolescent Mental Health, Young People, Suicide Prevention.

A veces la vida te hace un regalo, nosotras somos tan afortunadas que hemos recibido dos en poco tiempo y hemos decidido aprovecharlos.

Nos conocimos hace unos cuantos años siendo residentes de Salud Mental en Compostela, una de nosotras de la especialidad de Psiquiatría, la otra de Psicología Clínica. Compostela es un lugar especial para iniciarse en estas andanzas y, por lo que sea, la forma en la que caló en nosotras esa formación fue dejándonos claro que, en esto de la Salud Mental, o todos arrimamos el hombro o no hay manera de ayudar al que está sufriendo (posiblemente no sea la mejor definición de multidisciplinariedad, pero, para el caso, nos vale). En el Hospital Clínico Universitario de Santiago aprendimos, practicamos, compartimos nervios e inseguridades de residentes... y en el casco viejo de la ciudad dejamos que todo eso se maridase con ciertas bebidas fermentadas. Sea como sea, ya se había plantado una semilla en nosotras que guiaría nuestras futuras decisiones profesionales.

La parte más psiquiátrica de nuestro tándem cruzó el mar y decidió seguir aprendiendo allí donde toman el té a las cinco. La parte más psicológica se quedó por estos lares y decidió seguir aprendiendo cómo las relaciones humanas tienen el poder de reparar. Y ambas partes del tándem tuvimos claro que son los niños y adolescentes nuestras personas favoritas del mundo, a los que de verdad queríamos ayudar.

Y años después nos reencontramos en nuestra ciudad natal. Por supuesto, primero tuvo que ser en el ámbito privado, el SERGAS nos ponía muy difícil la incorporación. Cada una de nosotras había decidido formar una familia aquí, rehabilitar una pequeña parte de nuestra ciudad para crear un hogar, y estábamos ilusionadas y dispuestas a trabajar duro.

Pero la COVID-19 cambió el mundo... y a todos nosotros.

Las emociones de nuestros niños y adolescentes estaban desbordadas, había demasiado sufrimiento, se estaban haciendo daño, de repente el mundo era un lugar muy inseguro para vivir.

Así que ahora el SERGAS necesitaba toda la ayuda posible para poder atender a una población asustada y dañada por una pandemia mundial. Y especialmente a los niños y adolescentes, una parte terriblemente vulnerable ante la pérdida de referentes seguros.

Por lo tanto, nosotras acabamos trabajando juntas en el Sistema Nacional de Salud, en nuestra ciudad y con nuestras personas favoritas en el mundo. Y todo esto ocurre en un momento en el que vamos a contar con pocos recursos y mucha demanda. No pasa nada, llevábamos años preparándonos para esto.

Ahora es cuando aparecen los dos regalos del destino:

Primer regalo: se desarrolla el “Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19” el cual, citamos textualmente: “...establece para o período 2020-2024, 98 proxectos dirixidos á prevención da aparición de problemas de saúde mental na poboación galega e a establecer melloras na asistencia sociosanitaria ás persoas que padecen un trastorno mental.” Pues uno de esos proyectos es la creación de Hospitales de Día Infanto-Juveniles en todas las áreas sanitarias de Galicia.

Y ahí estamos nosotras, dispuestas a crear un espacio seguro y contenedor para los menores.

Segundo regalo: el Dr. García Caballero (Psiquiatra, Doctor en Medicina, Coordinador de Programas de Prevención e Promoción da Saúde Mental en el Servizo Galego de Saúde- Subdirección) junto con la Consellería de Sanidade deciden traer a Galicia el programa YAM (*Youth Aware of Mental Health*), programa pionero en la prevención del suicidio en adolescentes y que todavía no se había implementado en nuestro país. Sobre este programa hablaremos largo y tendido en otra parte de

este artículo, por ahora solo necesitáis saber que los instructores YAM deben acudir en parejas a diferentes institutos, con adolescentes de 3º de la ESO y que la filosofía de la intervención se basa en crear espacios muy abiertos para los jóvenes, donde puedan opinar sin censura sobre salud mental. Pues hemos tenido la suerte de ser seleccionadas para este primer grupo de profesionales que se han formado en la metodología YAM.

Y ahí estamos nosotras, dispuestas a romper muros mentales y abrir espacios para los menores, donde puedan decidir cómo solucionar problemas de la vida sin la visión constreñida de los adultos.

¿No os parece una bella dicotomía a la que nos ha enfrentado el destino?

Por un lado, debemos crear un espacio terapéutico para ayudar a los menores a gestionar sus emociones. Un espacio con límites claros y bien definidos que les sirva de contenedor a sus psiques, las cuales se han desbordado y han generado mucho dolor a los niños y a sus familias. Nuestra labor aquí es ser ese referente seguro, tranquilo, contra el que pueden abatir todas las inseguridades y miedos de nuestros niños. Estaremos ahí firmes y afectuosas para sostenerlos, sin ceder.

Y, por otro lado, debemos acudir como invitadas a un espacio ya creado por otros. El aula de un instituto, un espacio con sus propios límites y normas. En este caso, nuestra labor va a ser tratar de cambiar esos límites, proporcionarles un espacio grupal seguro, pero en el que no se les juzgue por su opinión, en el que puedan jugar a romper las normas establecidas. Los acompañaremos durante un tiempo muy corto y definido en ese maravilloso proceso que es la creación de la propia identidad a partir del enfrentamiento con el *status quo*.

¿Acaso este no es exactamente el debate al que los padres se enfrentan durante el proceso de crianza?, ¿cuándo contener a mi hijo y cuándo potenciar su individualidad?, ¿cuándo

decirle «*esto no lo puedes hacer*» y cuándo decir «*puedes hacer lo que te propongas*»?

Imaginemos una niña que dice a su madre, «*mamá, quiero volar*».

A veces habrá que auparla a esa niña y hacerla volar. Pero otras veces tendremos que decirle que el ser humano no tiene alas.

No existe una fórmula matemática precisa para decidir cuándo toca auparla y cuando limitarla... esa es la magia de las relaciones humanas y del proceso de crianza. Lo importante es lo subyacente, una suerte de equilibrio entre dar alas imaginarias que permitan a los niños experimentar, y dar seguridad y consuelo, que permita a los niños poder aceptar límites.

Pues como íbamos diciendo, nosotras hemos tenido la fortuna de desarrollar profesionalmente ambos proyectos casi a la par. Vamos a explicar ahora en qué está consistiendo exactamente cada uno de ellos.

## CONSTRUYENDO ESPACIOS, HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL

Los nuevos proyectos siempre generan, por lo menos en nuestro caso, una tremenda ambivalencia. Por una parte, la ilusión de mejorar la calidad asistencial en los jóvenes, pero, por otro lado, la responsabilidad de llevarlo a cabo de manera competente. Cuando se plantea esta oportunidad nosotras teníamos en mente cómo debería de ser el Hospital de Día “perfecto”. Cuántos despachos, cuántas salas de terapia, profesionales...sin embargo, la perfección choca con la realidad cuando te das cuenta de que nuestros recursos son limitados y que vas a tener que luchar por cada sala, por cada despacho y por cada profesional implicado. Te das también cuenta de que las luchas compartidas son menos luchas, sobre todo

cuando compartes ideales con tu compañera de batallas. Y así se inicia este plan funcional donde se vuelcan todas nuestras inquietudes.

La historia de la Hospitalización Parcial infantojuvenil es relativamente reciente, siendo en 1943 el año en el que se inaugura en Estados Unidos el primer Hospital de Día destinado a esta población. Con la creación de estos recursos se perseguía la desinstitucionalización de los pacientes, así como proveer un servicio ambulatorio que ofertase un tratamiento intensivo y estructurado durante una parte del día, pero menos disruptivo que una hospitalización a tiempo completo (Granello, Granello & Lee, 2000; Kiser, 1991; Leffler & Frazier, 2022). Varios estudios demuestran la efectividad de los programas de Hospitalización Parcial (Balvardi et al., 2022; Kiser, Culhane & Hadley, 1995; Thun-Hohenstein, Weltjen, Kunas, Winkler & Fritz, 2021).

Los Hospitales de Día se entienden como dispositivos que persiguen mejorar la calidad de vida de los pacientes, disminuir su sufrimiento y el de sus familias, e integrar una acción coordinada con otros dispositivos ambulatorios. Así mismo, buscan mantener los vínculos que unen a los pacientes con sus padres o cuidadores, amigos, profesores y, en general, la comunidad.

Entre las principales ventajas de los Hospitales de día se encuentran (Leffler & Frazier, 2022):

- Actuar sobre el cuadro clínico, buscando como objetivo terapéutico la desaparición, mejoría o minimización del impacto de los síntomas en la vida del paciente, manteniendo el contacto con su familia.
- Compartir con la familia, muchas veces desbordada, la responsabilidad sobre el paciente, al tiempo que se buscan y se aprenden nuevos patrones de interacción.
- Evitar los efectos, en ocasiones, yatrogénicos que suponen una hospitalización a tiempo completo y disminuir la estigmatización de la misma.

- Permitir al paciente mantener su grupo de apoyo social y su vinculación a actividades extraescolares percibidas como placenteras.
- Permitir flexibilizar el tratamiento en función del grado de integración del paciente al medio escolar, gravedad de los síntomas y necesidades individualizadas.
- Realizar una adecuada filiación de los casos más complejos en un medio estructurado, pero sin aislar al paciente por completo de su núcleo familiar.
- Ofrecer una amplia variedad de recursos terapéuticos adaptados a las necesidades de cada paciente.

Con todo esto en mente, nos quedaba planificar cómo conseguir los objetivos principales, teniendo en cuenta que, a pesar de que la palabra Hospital puede llevar a error y sugiere una intervención lejos de la comunidad, la idea es todo lo contrario: acercar al paciente a su medio, manteniendo aquellas partes que actúan como factores protectores y tratando de reparar esas que influyen negativamente en su bienestar mental.

Y ahora la parte más técnica. El Hospital de Día “ideal” cuenta con despachos para psiquiatría, psicología clínica, residente (MIR/PIR/EIR) y control de enfermería (con visión a ambas salas comunes). Uno de los despachos ha de poder emplearse como sala de reuniones, que se llevarán a cabo de manera diaria a primera hora de la mañana. El objetivo de las reuniones será comentar nuevas derivaciones y planes de tratamiento de los pacientes ingresados, así como comentar evolución y complicaciones en el manejo de los pacientes o familiares.

Se ha de poder contar con al menos dos salas de actividades/comedor: una sala polivalente /comedor que cuente con zona de reposo en la que los pacientes con TCA puedan reposar tras las comidas; y una sala de juegos/estudio. En ambas salas se organizarán los distintos ta-



Foto: Ray Piedra

lles y actividades grupales, así como la actividad académica de los pacientes.

Se debe contar también con un aula con distintas zonas de trabajo, una zona de lectura, una zona de consulta donde se encuentren los ordenadores y también una zona de mesas en las que los pacientes puedan llevar a cabo de manera individual o grupal trabajos establecidos por el profesor. La actividad académica será establecida de manera individualizada por el profesor para cada niño en función de sus necesidades y se establecerá una franja horaria para llevar a cabo actividades escolares. Paralelamente, en otra sala se llevará a cabo otra actividad destinada a aquellos pacientes mayores de 16 años ya desvinculados del colegio o para aquellos pacientes que, por la

gravedad de los síntomas, no puedan llevar a cabo dicha actividad.

Los lavabos han de estar cerrados con llave y no han de poder cerrarse desde dentro por motivos de seguridad.

La zona de taquillas se situará a la entrada del hospital de día y allí se depositarán las distintas pertenencias de los pacientes que no estén autorizadas dentro del Hospital y el material escolar de cada uno.

La sala de reflexión o de *time out* ha de ser una sala acolchada, sin muebles, salvo alguna colchoneta o *puff* donde los pacientes de manera segura puedan ser manejados cuando presentan estados de importante ansiedad o agitación.

Todas las semanas, los lunes se discutirán las nuevas derivaciones a Hospital de Día. En función de la gravedad de los síntomas se decidirá si el ingreso es más o menos urgente y aquellos casos que cumplan criterios de ingreso, pero no de manera urgente, se añadirán a la lista de espera del Hospital de Día. Aquellos casos dudosos serán valorados en una primera entrevista por alguno de los profesionales del Hospital de Día el jueves por la mañana. Posteriormente, se volverá a comentar el caso en la reunión del lunes, y así decidir su ingreso o no.

En caso de que todas las plazas estén ocupadas y se valore riesgo importante para un paciente, se propondrá ingreso a tiempo completo en la unidad de hospitalización infanto-juvenil o se acordará asistencia diaria de manera ambulatoria con los profesionales de Hospital de Día hasta que pueda ingresar e integrarse en el programa completo. Aquellos pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización serán vistos de manera diaria por alguno de los profesionales del Hospital de Día, quienes asumirán dichos pacientes.

Los nuevos ingresos entrarán a las 9:30 h. de la mañana, siempre acompañados por un familiar directo o un cuidador. La acogida será llevada a cabo por el psicólogo clínico y el enfermero de la unidad. Los padres y los pacientes menores de 16 años han de firmar el consentimiento informado del ingreso del menor. El psicólogo clínico y/o el psiquiatra de la unidad recogerán la historia clínica del paciente. El psiquiatra será el encargado de realizar una primera exploración física, prescribir medicación y solicitar aquellas pruebas complementarias que sean necesarias. La enfermera de la unidad explicará a los padres y al paciente el funcionamiento del Hospital de Día, horarios, normas de convivencia y motivos de expulsión de éste. Les enseñará también las instalaciones.

Al día siguiente del ingreso, en la reunión de equipo, se discutirá el plan terapéutico del paciente, los objetivos a cumplir y alertas de

riesgo vinculadas al paciente en caso de que hubiera alguna (por ej. pacientes con riesgo autolítico).

¿Pero quién es candidato a Hospital de Día?

Lo novedoso de nuestro proyecto es que aquí se incluyen a jóvenes con edades de entre 12 y 17 años. Como ya sabemos, en Galicia a partir de los 16 años los adolescentes pasan al servicio de adultos perdiéndose la continuidad de tratamiento en unos años claves del desarrollo y en el que surgen una parte importante de los Trastornos mentales en la gente joven. Lo que siempre tuvimos claro es que no podíamos dejar a este grupo de población sin recurso en una etapa vital crítica para evitar la cronificación de algunos trastornos mentales, siendo los criterios de inclusión:

- Presentar patología psiquiátrica activa que no responde al tratamiento ambulatorio, que precise un tratamiento de mayor intensidad y/o contención dentro del ámbito de la hospitalización a tiempo parcial.
- Presentar una duda diagnóstica o un diagnóstico diferencial complicado en régimen ambulatorio.
- Presentar trastornos de la conducta alimentaria con mala respuesta al tratamiento ambulatorio o como paso previo a control ambulatorio tras hospitalización en unidad específica.
- Presentar cualquier patología que genere un marcado deterioro del ambiente familiar, social o escolar del menor.

Una vez que tenemos establecidos los espacios y el funcionamiento básico, debemos tener claras las necesidades humanas. El Hospital de Día tiene una labor importantísima a nivel rehabilitador y para ello necesitamos establecer un plan de actuación individualizado y centrado en las necesidades de cada paciente. Para poder hacer esto hace falta un equipo, un equipo multidisciplinar y dispuesto a trabajar con y para el paciente y todas las redes de apo-

yo disponibles, reforzando lazos y minimizando el impacto de la enfermedad mental en su vida. La clave es normalizar y desestigmatizar.

El equipo estará formado por un psiquiatra, un psicólogo clínico, un profesor, un terapeuta ocupacional, un enfermero especialista en salud mental y un trabajador social.

El psiquiatra será parte activa del equipo multidisciplinar encargado del diagnóstico y adecuada filiación del paciente, formando parte del proceso de evaluación inicial del paciente y decidiendo junto con el resto del equipo la intervención más adecuada a seguir.

Se encargará de pautar tratamiento farmacológico en aquellos casos que así lo requieran y evaluar tolerancia, efectividad y efectos secundarios derivados del mismo. Así mismo, visitará de manera diaria a todos los pacientes que se encuentren con tratamiento farmacológico decidiendo los cambios pertinentes en función de la evolución de cada niño.

Una vez se proceda al ingreso, el psicólogo clínico decidirá el procedimiento psicoterapéutico de cada paciente, así como qué grupos o talleres se adecuan mejor a cada individuo. Los pacientes que requieran de tratamiento psicológico serán vistos de manera individualizada cada día, revisándose los objetivos pautados.

Así mismo, el psicólogo clínico pasará aquellas escalas psicométricas que vea necesarias para una adecuada filiación del caso y también los cuestionarios en el ingreso y el alta del paciente. Es importante que, inicialmente, se pasen aquellas escalas que permitan determinar el nivel intelectual del paciente y la psicopatología presente en el momento del ingreso. Los cuestionarios se llevarán a cabo al ingreso y al alta como dato objetivo de mejoría en el estado clínico. En ocasiones, también se decidirá si repetir alguna escala de evaluación si se cree necesario para ver evolución.

El profesor se encargará de la recogida de información sobre el alumno, incluyendo entrevistas con los padres y también con el centro

escolar para programar objetivos, y también el proceso educativo una vez se proceda al alta del paciente. El profesor también tiene una labor en aquellos casos en los que los pacientes hayan abandonado los estudios, aportando información de las posibilidades de la formación profesional o de la integración en actividades laborales en pacientes mayores de 16 años con dificultades académicas.

Entre las funciones del terapeuta ocupacional se encuentran la valoración funcional de cada adolescente. Llevar a cabo intervenciones específicas para adquirir, recuperar o mejorar competencias para realizar las actividades de la vida diaria, mejorando la autonomía personal. Dar educación para actividades de ocio y desarrollar aquellos intereses individuales de cada paciente centrados en su vocación o plan de futuro, así como informar y asesorar a familias, tutores o educadores de los niños para llevar a cabo modificaciones en el ámbito domiciliario.

Al igual que el resto de los miembros del equipo, enfermería tiene un papel clave no solo en la acogida del paciente, sino también a lo largo de todo el ingreso de éste, ya que será el encargado principal de controlar la ingesta alimentaria de los pacientes y normalizar hábitos, administrar medicación pautada y registrar efectos secundarios, y controlar constantes vitales. Participará también en grupos psicoeducativos específicos.

Inicialmente, el trabajador social tendrá una entrevista de acogida con el responsable del menor para definir el problema y clarificar la demanda. Se recogerán los datos sociofamiliares para poder elaborar un diagnóstico social, en el que se determinen situaciones de riesgo en este ámbito. Llevará a cabo una intervención social directa con el paciente (entrevistas socioeducativas dirigidas a potenciar la autonomía en las actividades cotidianas, trabajo dirigido a orientar sobre las alternativas formativas y laborales, trabajo dirigido a orientar sobre las actividades de ocio, seguimiento



Foto: Thiago Matos

de la evolución de la situación o problema, seguimiento de la intervención global, visitas domiciliarias para intervenir en la situación sociofamiliar) y una intervención social directa con la familia o responsable del menor. Intervención dirigida a reforzar u organizar las funciones parentales, o ayudar a crearlas si no existen: disminución de situaciones de riesgo social.

## DECONSTRUYENDO ESPACIOS, EL PROGRAMA YAM

Nuestro aterrizaje en el programa YAM estuvo rodeado de mucha ilusión. Ambas teníamos referencias de dicho programa por artículos y formaciones a las que habíamos acudido y lo que sabíamos era que: se trataba de un programa que se implementaba en los institutos, de carácter preventivo, corto en duración y con unos resultados que nos tenían expectantes ¡disminución del 50% en nuevos intentos de suicidio y en ideas suicidas!

Eso sonaba casi a fórmula mágica... y trabajando con niños y adolescentes, el uso de la magia siempre nos ha gustado un poquitín.

Creemos que es importante recordar la situación en la que se encuentran nuestros menores. Han pasado casi 3 años desde el inicio de la pandemia por COVID-19, pero sus consecuencias todavía nos acompañan.

El 7 de abril del 2022, en el marco del día de la Salud Mental, el Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia (al que pertenecen distintas asociaciones de Pediatría y Salud Mental Infanto-Juvenil) elabora un comunicado en el cual podemos leer los siguientes datos:

— Antes de la pandemia el porcentaje de menores con alguna patología de Salud Mental estaba entre un 10-20%.

- Después de la pandemia se observan dos fases: una primera de disminución de asistencia por parte de menores tanto a servicios de Urgencia como de Atención Primaria, y una segunda fase con un importante incremento de demanda de atención en menores por problemas de salud mental.
- Observan un incremento de hasta el 47% en Trastorno Mental y del 59% en comportamientos suicidas en menores comparándolo con 2019.
- En la postpandemia nos hablan de menores con más ansiedad, más síntomas depresivos, más autolesiones y más conductas suicidas.
- En el comunicado titulan de forma textual a uno de los puntos de la siguiente manera: “casos más graves, más jóvenes y más hospitalizaciones”.

Y esto se corresponde con nuestra percepción en la clínica diaria. Nos estamos encontrando a menores con elevados niveles de sufrimiento y familias impotentes ante todo esto.

También en el año 2022, desde la Consellería de Sanidade y en coordinación con la de Educación, se lleva a cabo la actualización del “Protocolo de Prevención y Actuación en los ámbitos Sanitario y Educativo ante el Riesgo Suicida infanto-juvenil”, creando una vía rápida de derivación a Salud Mental de menores que presentan riesgo suicida. Esto supone agilizar el contacto de las familias con la atención especializada, y mejorar la coordinación entre el ámbito educativo y el sanitario. Se crea, además, un programa especial, “Código Agarimo”, dentro del sistema “Alerta Escolar” del 061 para la atención del riesgo suicida.

Para los profesionales de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles supone reorganizar nuestras agendas, ya bastante saturadas –todo sea dicho–, para poder atender de forma adecuada esta demanda social que venimos percibiendo desde hace un tiempo. Trabajar de manera coordinada con los cen-

tros escolares es la única forma correcta de trabajar, y el “Código Agarimo” aporta una herramienta nueva para hacerlo. Nos encantaría poder decir que estamos sacando todo el provecho posible de esto, pero los inicios nunca son fáciles. Sin embargo, podemos asegurar que la gran mayoría de los profesionales de diferentes ámbitos que trabajamos con menores estamos preocupados y tratando de optimizar al máximo las herramientas, escasas la mayor parte del tiempo, con las que contamos.

Pues en todo este contexto que os acabamos de describir se nos informa de la oportunidad de formarnos en la metodología YAM y participar en la puesta en marcha de este programa en Galicia, primera comunidad autónoma a nivel nacional en impulsar esta iniciativa.

Ser las primeras en algo activa en nosotras diferentes emociones: ilusión, curiosidad, vértigo. La primera fase a la que nos enfrentamos es la de saber si seríamos elegidas o no para formar parte de esos 20 profesionales que conformarían el primer grupo YAM. Ya sabíamos varias cosas: que ese grupo inicial estaría compuesto por profesionales de diferentes disciplinas, como trabajadores sociales, psiquiatras, orientadores, maestros, psicólogos clínicos; que después de una semana de formación teórica tendríamos que implementar lo aprendido en diferentes centros educativos; y que la formación sería en lengua inglesa (este último dato digamos que le preocupó más a una de nosotras que a la otra).

La realidad es que nos moríamos de ganas de poder asistir juntas a esta formación y ser parte del grupo YAM.

Y nos seleccionaron, ¡genial, nosotras lo valemos!

Insisto en que una de nosotras tuvo que hacer una inmersión en la lengua inglesa (desde aquí agradezco a mi *teacher* toda su dedicación), pero estábamos preparadas para retomar docencia juntas, como hace 15 años habíamos hecho en las aulas del CHUS.

El curso de formación comenzó el 29 de mayo del 2023 a las 9:00 h. de la mañana en Santiago de Compostela. Así que a las 7:30 h. salimos de nuestra ciudad, compartiendo coche, ilusión y algo de incertidumbre... ¿cómo iba a ser esto del YAM? Al llegar vimos caras conocidas que nos alegró mucho encontrar y personas que no conocíamos (por ahora) pero con las que compartiríamos una semana intensa.

Los docentes estaban reunidos en el aula que teníamos asignada y con una puntualidad muy nórdica nos hicieron pasar con el tiempo suficiente para acomodarnos y comenzar la formación a las 9:00 h. en punto. Las sillas estaban dispuestas en círculo (pánico escénico) y, poco a poco, nos fuimos sentando, entre saludos, sonrisas y miradas cautelosas. Allí estábamos 20 profesionales hechos y derechos sin saber muy bien de qué iba esta formación y un poco asustados.

Comenzó el curso con la bienvenida y presentación de los objetivos del curso y de los docentes. Y aquí tenemos que hacer un paréntesis para agradecer a todos y cada uno de ellos su paciencia y profesionalidad: Sanna, Adriana, Niklas y Vladimir, muchísimas gracias por todo.

Tras esta presentación del curso tuvo lugar la primera actividad grupal. Os ponemos en situación: todos sentados en círculo (pánico escénico), hablando en un idioma que no es el materno para ninguno (había suecos, italianos y gallegos) y uno a uno teníamos que hablar sobre nuestra adolescencia, la ropa que vestíamos, el ídolo al que admirábamos, dónde pasábamos el tiempo y cómo era nuestro peinado (pánico escénico). Podemos decir que ese fue el principio de una experiencia de aprendizaje inmersivo. Volvíamos a ser adolescentes, inseguros, con miedo a ser juzgados, sintiendo que los demás lo hacen mejor que tú... Pero en un ambiente de seguridad, con compañeros estupendos y donde cada aportación era valorada. Porque eso exactamente es el YAM: conseguir que un grupo de adoles-

centes pueda hablar y debatir sobre temas que les preocupan en un ambiente seguro y sin que la opinión del adulto tenga más valor que la suya, pero sí colaborando con información veraz. Nadie es experto, todos aprendemos a aportar y a valorar las aportaciones del otro.

Recomendamos encarecidamente a cualquier profesional que trabaje con niños y adolescentes pasar por una experiencia similar, incluso repetirla de forma periódica.

La formación fue alternando de manera muy acertada exposiciones teóricas sobre el programa con ejercicios prácticos.

Las exposiciones teóricas nos aportaron datos muy interesantes sobre el programa YAM:

- La intervención YAM está diseñada para promover el conocimiento sobre salud mental, estilos de vida y comportamientos saludables entre los adolescentes.
- A todos los alumnos se les entregará un folleto educativo y de sensibilización personalizado que abarca seis temas específicos relacionados con: concienciación sobre la salud mental y las conductas de riesgo/salud, consejos de autoayuda, estrés y crisis, depresión y pensamientos suicidas, ayudando a un amigo con problemas, y obtener asesoramiento: a quién contactar. El folleto también incluye números de teléfono y direcciones de correo electrónico de centros de salud locales, asociaciones, grupos para jóvenes y otro tipo de recursos en caso de que los alumnos deseen buscar ayuda.
- Una vez iniciada la intervención se cuelgan seis carteles en el aula que cubren los seis temas clave, igual que en los folletos.
- Las sesiones más teóricas se combinan con sesiones de dilemas y juegos de roles, y abordan los seis temas antes mencionados, que los adolescentes pueden encontrar de nuevo en los folletos repartidos o en los pósteres.

- En cuanto a la efectividad del programa nos hablaron sobre el proyecto *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE). SEYLE es un ensayo controlado aleatorio (ECA) cuyo objetivo es promover la salud mental y los estilos de vida saludables, al tiempo que previene la psicopatología y los comportamientos suicidas entre los adolescentes. Los datos epidemiológicos son de 11.110 alumnos del grupo de edad de 14 a 16 años, reclutados en 168 escuelas de 10 países de la Unión Europea. El proyecto compara la efectividad de tres intervenciones, basadas en tres estrategias preventivas específicas dirigidas a: 1) maestros y personal escolar, 2) profesionales y 3) alumnos, en comparación con un grupo de control. La intervención de empoderamiento de los alumnos, llamada *Youth Aware of Mental Health* (YAM), mostró resultados significativos en la prevención de nuevos casos de intentos de suicidio, ideación suicida grave con planes y depresión. Se observó una reducción de más del 50% de los casos de intentos de suicidio y de los casos de ideación y planes suicidas graves, así como una reducción significativa del 30% de los casos con depresión moderada a severa (Wasserman, 2016). Podemos concluir que es efectiva.

Poco a poco íbamos haciéndonos una idea de en qué consistía este programa y de lo experiencial que iba a resultar esta semana de nuestra vida.

Además de aprender toda la parte teórica, entender los estudios previos que han dado lugar al YAM, el contenido y la estructura de las sesiones, teníamos que convertirnos en adolescentes y vivir en primera persona la experiencia YAM (y en inglés, para más inri).

Los instructores nos indicaron que cuando chasqueaban los dedos nosotros nos convertíamos en adolescentes y hasta que repetían el chasquido no podíamos abandonar nuestro papel de quinceañeros. Ha sido tremendamente interesante ver qué tipo de adolescente



Foto: Aidan Roof

elegíamos, imaginaos la de información sobre nosotros mismos que hemos volcado ahí. Porque en las pausas de café todos reconocíamos que no era nuestra versión real de adolescente la que estaba en ese curso, era nuestro adolescente imaginado. Así que un grupo de adultos que trabajamos con menores teníamos que traer al presente nuestra representación de adolescente e interactuar en grupo con el resto de las representaciones de los compañeros. Huelga decir que disfrutamos muchísimo con esta experiencia. La repetiríamos ahora mismo sin dudar.

Y una vez superada la parte teórica nos tocaba realizar la parte práctica en un Centro de Educación Secundaria (pánico escénico). Creo que los que estamos acostumbrados a trabajar en el ambiente hospitalario nos sentimos más perdidos en un aula. Se nos despoja de “la bata blanca” (aunque la mayoría trabajamos sin ella) y tenemos que movilizar otros recursos y herramientas.

De nuevo nos toca viajar acompañadas de nuestras ilusiones y temores para llevar todo esto que aprendimos y compartimos en formato comprimido a lo largo de una semana, a un instituto real, con adolescentes reales en su ambiente real (pánico escénico).

Al llegar, día de lluvia de mediados de junio, el director del centro nos recibe dándonos la bienvenida y compartiendo con nosotras la opinión de que el tándem salud mental-educación es importante y necesario. No podemos estar más de acuerdo, para muestra un botón.

Tenemos algo más de una hora para preparar el aula, colgar los pósteres, poner la presentación y cocinar a fuego lento toda nuestra ansiedad anticipatoria. Nos tomamos un café con pincho en la cafetería del instituto (precios inigualables) que nos ayuda a activar todos nuestros recuerdos adolescentes. Casi creímos tener que volver a estudiar para el parcial de matemáticas.

Volvemos al aula y a los pocos minutos llegan los chicos y chicas que van a ser el primer grupo de España en recibir la formación YAM (pánico escénico). Solo podemos decir que nos lo han puesto muy fácil y que ha sido un placer poder trabajar con ellos, por algo decíamos que los niños y adolescentes son nuestras personas favoritas del mundo. Se mostraron tímidos, pero colaboradores, saben de los quebrantos del amor y del desconsuelo porque son parte de su vida y saben cómo llamarle estrés y depresión cuando toca, son listos y tenemos la obligación y el deber de cuidarlos y de respetarlos. Se nos olvidarán sus nombres, pero nunca nos olvidaremos de ellos, nuestro primer grupo YAM.

Y por ahora solo podemos contaros esto, todavía estamos dando los primeros pasos en la implantación de este programa, pero esperamos poder formar parte de la familia YAM mucho tiempo.

## CONCLUSIONES: ENTRE CONSTRUIR Y DECONSTRUIR SEGUIMOS TRABAJANDO

Ante todo tenemos que mostrar nuestro agradecimiento, ya que no todos los días se tiene la oportunidad de iniciar tantos proyectos novedosos y que creemos marcarán un antes y un después en la salud mental infanto-juvenil. Con esto dicho, nuestro espíritu combativo no nos permite mantenernos calladas ante ciertas carencias y dificultades. Quizás, lo más reseñable es la falta de recursos. Paradójicamente, el aumento de demanda no se ha acompañado con un aumento de recursos de la misma magnitud, lo que dificulta mantener la motivación ante la sobrecarga asistencial actual. Esto ha sido y es la losa que más nos pesa. Hay grandes proyectos en Salud Mental que aca-

ban truncados (o que ni si quiera se inician) por este motivo.

Tras esta pequeña reflexión volvemos a lo positivo (es nuestro estilo). Estos dos proyectos que esperamos desarrollar en los años futuros han conseguido dicotomizar nuestra visión de la salud mental en los jóvenes, extendiendo la misma a nuestra práctica clínica. Por un lado, hemos aprendido que a veces la mejor terapia es una escucha activa e, incluso, provocar el pensamiento divergente. Asumimos que no lo sabemos todo y que, día a día, los niños y adolescentes nos siguen enseñando. Invitar al menor a pensar y a expresar sus ideas, aunque no sean las nuestras, respetarlo y fomentar su pensamiento crítico es la manera de tratarlo con respeto y ayudarlo en su desarrollo. Por otro lado, entendemos la vulnerabilidad y fragilidad de las mentes de los jóvenes y su necesidad de crear espacios contenedores, y como una paciente una vez nos dijo: «soy un cubito de hielo derretido, lo único que necesito es una cubitera». Nos ha encantado esta metáfora y hemos entendido que, en ocasiones, nuestros menores necesitan que seamos esas cubiteras, que creemos límites seguros en los que puedan recomponerse, pasar de un estado líquido, desorganizado y disperso, a un estado sólido, integrado y emocionalmente más estable.

Mantenemos nuestro optimismo de siempre y seguiremos luchando y disfrutando con nuestro trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. (2022, 29 abril). La pandemia ha provocado un aumento de hasta el 47% en los trastornos de salud mental de los menores. [Comunicado del Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia]. [https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/np\\_salud\\_mental\\_infancia\\_y\\_adolescencia.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/np_salud_mental_infancia_y_adolescencia.pdf)

Balvardi, S., Rahbari, N., Jolicoeur-Martineau, A., Rudy, L., Arnovitz, M., Laplante, D. P., Brown, M., Habib, P., Zelkowitz, P., Guzder, J., & Wazana, A. D. (2022). Effectiveness and Predictors of Outcomes in a Psychiatric Day Treatment Program for Elementary-Age. *Canadian journal of psychiatry*, 67(4), 268–279. <https://doi.org/10.1177/07067437211000627>

Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J., & Burns, D. D. (2004). Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: challenges for the delivery of care. *Clinical psychology review*, 24(5), 583–616. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.06.001>

Ezpeleta, L., Keeler, G., Erkanli, A., Costello, E. J., & Angold, A. (2001). Epidemiology of psychiatric disability in childhood and adolescence. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 42(7), 901–914. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00786>

Fiona M Gore; Paul JN Bloem; George C Patton; Jane Ferguson; Véronique Joseph; Carolyn Coffey; Susan M Sawyer; Colin D Mathers (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 377(9783), 2093–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60512-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60512-6)

Goodman R, Scott S. (2012). Epidemiology. *Child and Adolescent Psychiatry*. Wiley-Blackwell.

Granello, D. H., Granello, P. F., & Lee, F. (2000). Measuring treatment outcome in a child and adolescent partial hospitalization program. *Administration and policy in mental health*, 27(6), 409–422. <https://doi.org/10.1023/a:1021342309585>

Grizenko, N., Papineau, D. (1992). A comparison of the cost-effectiveness of day treatment and residential treatment for children with severe behaviour problems.

*Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 37(6), 393–400. <https://doi.org/10.1177/070674379203700608>

Kahn, J. P., Cohen, R. F., Tubiana, A., Legendrand, K., Wasserman, C., Carli, V., Apter, A., Balazs, J., Banzer, R., Baralla, F., Barzilai, S., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Kaess, M., Bitenc, U. M., Mészáros, G., ... Wasserman, D. (2020). Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): a universal school-based suicide preventive program. *European child & adolescent psychiatry*, 29(12), 1671–1681. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01476-w>

Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Üstün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359–364. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>

Kiser L. J. (1991). Treatment-effectiveness research in child and adolescent partial hospitalization. *The Psychiatric hospital*, 22(2), 51–58.

Kiser, L. J., Culhane, D. P., & Hadley, T. R. (1995). The current practice of child and adolescent partial hospitalization: results of a national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(10), 1336–1342. <https://doi.org/10.1097/00004583-199510000-00019>

Kiser, L. J., Millsap, P. A., Hickerson, S., Heston, J. D., Nunn, W., Pruitt, D. B., & Rohr, M. (1996). Results of treatment one year later: child and adolescent partial hospitalization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1), 81–90. <https://doi.org/10.1097/00004583-199601000-00016>

Kramer, T., & Garralda, M. E. (1998). Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 173, 508–513. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.6.508>

Leffler, J. M., & Frazier, E. A. (2022). *Handbook of evidence-based day treatment programs for children and adolescents*. Springer Cham.

Macdonald, W., Bower, P. (2000). Child and adolescent mental health and primary health care: current status and future directions. *Current Opinion in Psychiatry* 13(4), 369-373. <https://doi.org/10.1097/00001504-200007000-00002>

Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swendsen, J., Avenevoli, S., Case, B., Georgiades, K., Heaton, L., Swanson, S., & Olfson, M. (2011). Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(1), 32–45. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.10.006>

Rutter, M. et al. (1995). *Psychosocial disorders in young people: time trends and their causes*. John Wiley & Sons.

Sebestik, J., & Garralda, M. E. (1996). Survey of difficult to contain and treat children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 75(1), 78–81. <https://doi.org/10.1136/adc.75.1.78>

Servizo Galego de Saúde. (2020). *Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19. Periodo 2020-2024*. [https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/14102/Plan\\_saude\\_mental\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/14102/Plan_saude_mental_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Thun-Hohenstein, L., Weltjen, F., Kunas, B., Winkler, R., & Fritz, C. (2021). Outcome Quality of Inpatient and Day-Clinic Treatment in Child and Adolescent Psychiatry-A Naturalistic Study. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(12), 1175. <https://doi.org/10.3390/children8121175>

Varela Reboiras, L., Mondragón Vicente, R., Ramos Viúdez, I., Ramos García, I., & Domínguez Santos, M. (2018). Características de la demanda asistencial en la unidad de salud mental de la infancia y la adolescencia del área sanitaria de Santiago: análisis evolutivo. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 34(3), 316–331. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v34n3a2>

Wasserman D. (2016). Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in young Europeans on the basis of the results from the EU-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. *Psychiatria polska*, 50(6), 1093–1107. <https://doi.org/10.12740/PP/66954>

Weir, R. P., & Bidwell, S. R. (2000). Therapeutic day programs in the treatment of adolescents with mental illness. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 34(2), 264–270. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00722.x>

# ATENCIÓN PRIMARIA

## PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SERVICIO GALEGO DE SAÚDE: REFLEXIONES TRAS DOS AÑOS DE EXPERIENCIA

**Lidia Sánchez Edreira**

*Psicóloga Especialista en Psicología Clínica en Área Sanitaria de Ferrol*

**Luis Rodríguez Recarey**

*Psicólogo Especialista en Psicología Clínica en Área Sanitaria de Vigo*

**Mónica Santos Rivas**

*Psicóloga Especialista en Psicología Clínica en Área Sanitaria de Ourense*

**Patricia Vázquez Batán**

*Psicóloga Especialista en Psicología Clínica en Área Sanitaria de Lugo*

**Casilda M. Oujo Fernández**

*Psicóloga Especialista en Psicología Clínica en Área Sanitaria de Pontevedra – O Salnés*

**Alicia Carballal Fernández**

*Psicóloga Especialista en Psicología Clínica en Área Sanitaria de Santiago de Compostela*

[lidia.sanchez.edreira@sergas.es](mailto:lidia.sanchez.edreira@sergas.es)

SUMARIO

GALLEGO

## RESUMEN

En este artículo las psicólogas clínicas que trabajamos en colaboración con atención primaria en las diferentes áreas sanitarias del Servizo Galego de Saúde, queremos exponer nuestras experiencias desde el inicio del proyecto en 2021, que se enmarca en el «Plan de Saúde Mental de Galicia postcovid-19. Periodo 2020-2024». La implantación en las distintas áreas sanitarias ha resultado heterogénea, por lo que nos parece importante compartir y reflexionar sobre los diferentes modelos de actuación que se están llevando a cabo y extraer conclusiones que nos guíen en el trabajo en un programa que, si bien ha resultado exitoso en otras comunidades autónomas del Servicio Nacional de Salud y también cuenta con algunos antecedentes en nuestra comunidad, tiene una trayectoria reciente en nuestro contexto.

**PALABRAS CLAVE** — psicología clínica, atención primaria, salud mental, accesibilidad, continuidad asistencial, trabajo colaborativo.

## ABSTRACT

In this article, the clinical psychologists who work in collaboration with primary care in the different health areas of the Galician Health Service present their experiences since the beginning of the project in 2021, which is part of the "Mental Health of Galicia postcovid-19 project. Period 2020-2024 ". The implementation in the different health areas has been heterogeneous, so it seems important to share and reflect on the different models of action that are being carried out and draw conclusions that guide us in working on a program that, although it has been successful in other autonomous communities of the National Health Service, and has some precedents in our community, it has a recent history in our context.

**KEY WORDS** — clinical psychology, primary care, mental health, accessibility, continuity of care, collaborative work.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años es evidente el incremento de la demanda asistencial en los servicios de salud mental. En atención primaria, como primer eslabón de la cadena asistencial, también se observa un creciente número de consultas por problemas relacionados con la salud mental. En Galicia, el 27,4 % de las consultas atendidas en centros de salud están relacionadas con problemas de salud mental, especialmente problemas de ansiedad, alteraciones del sueño, trastornos depresivos y reacciones de adaptación (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021).

En el momento actual, en la red de salud pública gallega existen aproximadamente cinco especialistas en psicología clínica por cada 100.000 habitantes «mientras que se estima que una tasa por debajo de 12 psicólogos clínicos imposibilita la prestación de esta asistencia sanitaria» (Europa Press, 2023). Con esta ratio de facultativos, la accesibilidad y continuidad a la atención psicológica se ve comprometida significativamente. Esta realidad dificulta el que los pacientes tengan acceso a tratamientos psicológicos en unos tiempos de espera y seguimiento adecuados e incrementa la necesidad de recurrir a tratamientos farmacológicos para abordar el sufrimiento psíquico, condicionando así el derecho a decidir, tras recibir la información adecuada, entre las opciones terapéuticas disponibles para las personas (psicológica y/o farmacológica).

El «Plan de Salud Mental de Galicia postco-vid-19» expone:

*Desde la perspectiva del paciente, hay evidencia de que las personas prefieren ser atendidas en su entorno, dentro de su hogar y comunidad, lo que requiere un énfasis en la atención integrada de alta calidad que facilite a los profesionales de atención primaria y hospitalaria una mayor colaboración en el tratamiento de pacientes mediante el seguimiento compartido. Una atención centrada en el paciente por parte de los servicios de salud mental favorece la continuidad asistencial. Los pacientes informados sobre sus necesidades y opciones*

*de atención obtienen una mejor respuesta de los servicios sanitarios. (Servizo Galego de Saúde, 2020)*

Este plan también propone entre sus objetivos:

*Favorecer el acceso a los tratamientos y evitar la cronificación. Dotar a los equipos de atención primaria de las herramientas necesarias para hacer frente al abordaje de los trastornos mentales más frecuentes, fomentando la coordinación con los recursos específicos en salud mental, y el desarrollo de programas de intervención sociocomunitaria en salud mental son acciones prioritarias a desarrollar durante la vigencia de este plan. (Servizo Galego de Saúde, 2020)*

En la materialización de este plan se recoge la contratación de un psicólogo clínico por área sanitaria dentro de los servicios de salud mental para trabajar en determinados centros de salud y en estrecha coordinación con los equipos de salud mental.

Cabe recordar que, desde 2010, los residentes de Psicología Clínica realizaban una rotación de tres meses o de un día a la semana durante un año, en el último año de residencia, en cumplimiento con la *Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica* (2009), pero estos residentes no contaban con un adjunto facultativo especialista en psicología clínica adscrito a dicho dispositivo. Por otro lado, también contamos con referencias a nivel nacional de este tipo de programas de trabajo con atención primaria, como los que se llevan a cabo en Cataluña, Asturias (Veiga Martínez y López Alonso, 2017; Gutiérrez López et al., 2020) o Murcia (Martin García-Sancho et al., 2018), que han resultado exitosos y han asentado y ampliado un modelo de trabajo colaborativo, dando respuesta a la demanda asistencial y contribuyendo a la optimización de recursos y a evitar el colapso de los dispositivos especializados de salud mental.

La inclusión del facultativo especialista en psicología clínica en atención primaria pretende hacer accesibles los tratamientos psicológicos

a los usuarios que presentan cuadros clínicos del rango de los estados de ansiedad, ánimo deprimido, reacciones adaptativas y trastornos psicosomáticos clínicamente significativos, a través de intervenciones con apoyo en la evidencia, breves y focalizadas en el problema, tanto en formato individual como grupal (Carballal Fernández et al., 2019).

A continuación, describimos el trabajo que se realiza en cada una de las áreas sanitarias. No se incluyen datos de A Coruña y Santiago, ya que hasta la fecha no se ha iniciado en estas áreas un programa de estas características.

## FERROL

En Ferrol se inició un programa de enlace entre salud mental y atención primaria en marzo de 2021, con un equipo formado por una psicóloga clínica y una psiquiatra, aunque actualmente sólo la psicóloga clínica se desplaza a los centros de salud (al de Narón, tres días a la semana, y al de Fene, un día a la semana). Inicialmente se acudía también al centro de salud Fontenla-Maristany, pero tras los primeros meses de pilotaje se decidió continuar con el programa solo en los centros con mayor viabilidad logística y se amplió la prestación al centro de Narón en su totalidad, ya que, en el pilotaje inicial, en este centro solo se contaba con los cupos de mañana.

Semanalmente la psicóloga realiza un filtro de las derivaciones de estos centros de salud. Se elaboró al inicio del programa un modelo de hoja de interconsulta en el que se especifican apartados de información sobre la derivación para facilitar un triaje lo más ajustado posible a las necesidades de cada caso. En base a esta información, la psicóloga selecciona los casos subsidiarios de atención en su centro de salud (fundamentalmente cuadros de ansiedad, depresión leve-moderada y procesos adaptativos en los que no haya una evolución recurrente o crónica) y los casos que serán derivados a

otros dispositivos de salud mental: Unidad de Salud Mental (USM), Unidad de Conductas Adictivas, Psicogeriatría, Centro de Orientación Familiar (COF), etc.

En los casos en los que la atención se lleva a cabo en el centro de salud, esta abarca desde la orientación en el manejo de casos en colaboración con los médicos de atención primaria (MAP), hasta la intervención directa por parte de la psicóloga clínica; la cual se realiza, en la mayoría de los casos, en un formato de intervención individual, de carácter breve y focalizado en objetivos terapéuticos. Si tras la valoración inicial se detecta la necesidad o si la evolución no es favorable, se deriva el caso a la USM.

El programa permite en la actualidad ofrecer una primera consulta con psicología clínica en un plazo entre una y cuatro semanas, y la periodicidad de las consultas de seguimiento es de aproximadamente una al mes. Se realizan a diario tres primeras consultas de 40 minutos y cinco de seguimiento de 30 minutos, además de los tiempos destinados a la coordinación con los equipos de atención primaria (médicos de familia, personal de enfermería y trabajadores sociales) y con el equipo multidisciplinar de salud mental (enfermeras, psiquiatras, psicólogos clínicos y personal administrativo).

Se ha llevado a cabo, de octubre de 2021 a junio de 2022, un ciclo de sesiones formativas para MAP en estos centros de salud, impartido por la psiquiatra y la psicóloga clínica del programa, sobre las casuísticas de salud mental más comunes en atención primaria. También, en abril de 2023, la psicóloga clínica ha participado en una mesa redonda sobre salud mental dirigida a población general, en colaboración con el Concello de Narón. Además, desde el año pasado, las psicólogas internas residentes del Área Sanitaria de Ferrol realizan, con supervisión de la psicóloga clínica del

programa, su rotación en primaria durante un período de tres meses.

La implementación de este programa está resultando satisfactoria tanto desde los centros de salud como desde las USM. La psicóloga clínica y la psiquiatra elaboraron inicialmente, a propuesta del jefe de servicio, un modelo de trabajo colaborativo entre salud mental y atención primaria que se ha traducido, desde su implementación, en un programa estructurado y en un proceso de conocimiento mutuo entre profesionales, que permite un mejor y más rápido abordaje de aquellas patologías que pueden ser resueltas con una intervención temprana. Hay que destacar la colaboración del personal de enfermería y administrativo de las USM en la gestión de citas y filtro de derivaciones, así como la colaboración y disposición por parte de los MAP y demás personal de los centros de salud, pues la coordinación es un aspecto fundamental para el adecuado funcionamiento del programa.

## VIGO

En el Área Sanitaria de Vigo para comenzar con esta experiencia se decidió la elección de dos centros de salud, concretamente el de Bembrive y el de Sárdoma. En mayo del 2021, se inicia la actividad asistencial del psicólogo clínico ubicado físicamente en el centro de salud de Bembrive.

El trabajo del psicólogo clínico como figura de enlace en atención primaria consiste en seleccionar, de las interconsultas que se derivan a salud mental, aquellas que se corresponden con trastornos mentales comunes (ansiedad, depresión y trastornos adaptativos) y atenderlos en atención primaria. En esta primera experiencia se limita la atención a personas mayores de dieciséis años.

Se establecen las funciones del psicólogo clínico en tres niveles. En un primer nivel, a través de la E-Consulta, se realiza la función de cri-

baje que desde el programa realiza el psicólogo clínico para discriminar los cuadros leves/moderados de los graves, dado que estos últimos serán atendidos desde una USM u otros dispositivos específicos de salud mental. En un segundo nivel, se lleva a cabo la cita presencial, esta es la intervención terapéutica propiamente dicha (formato individual y/o grupal). En un tercer nivel, se realizan las coordinaciones con el personal de los centros de salud y/o recursos externos sociocomunitarios.

En cuanto a la agenda de consultas, se establecen dos huecos diarios de una hora de duración para las primeras citas cuyos objetivos son la apertura del «Episodio de Psicología Clínica en Atención Primaria», la impresión diagnóstica inicial y la derivación y/o establecimiento del plan de tratamiento individualizado. Para las citas de seguimiento se establecen cuatro huecos por día de 40 minutos de duración. Se plantea una intervención terapéutica breve y focalizada. El resto del tiempo de la agenda diaria está reservado para la revisión de las derivaciones (función de cribaje mediante E-Consulta) y para las coordinaciones (internas y/o externas).

Como estaba prefijado al inicio del programa, se dedica un espacio importante a la coordinación con el personal sociosanitario de ambos centros de salud y dispositivos comunitarios de la zona. De forma reglada se participa en las sesiones de docencia que se realizan en el centro de salud de Sárdoma con frecuencia semanal. Desde el inicio, el psicólogo clínico ha impartido diferentes sesiones, bien a propuesta del equipo multidisciplinar o por iniciativa propia. En estas sesiones también participan e imparten algunas de ellas los residentes de psicología que están rotando por el dispositivo en ese momento.

Se realiza supervisión de los PIR, MIR y EIR, y, dentro del programa de formación de residentes, el psicólogo clínico participa como tutor del/la PIR mientras rota por este dispositivo. Asimismo, tanto los residentes de

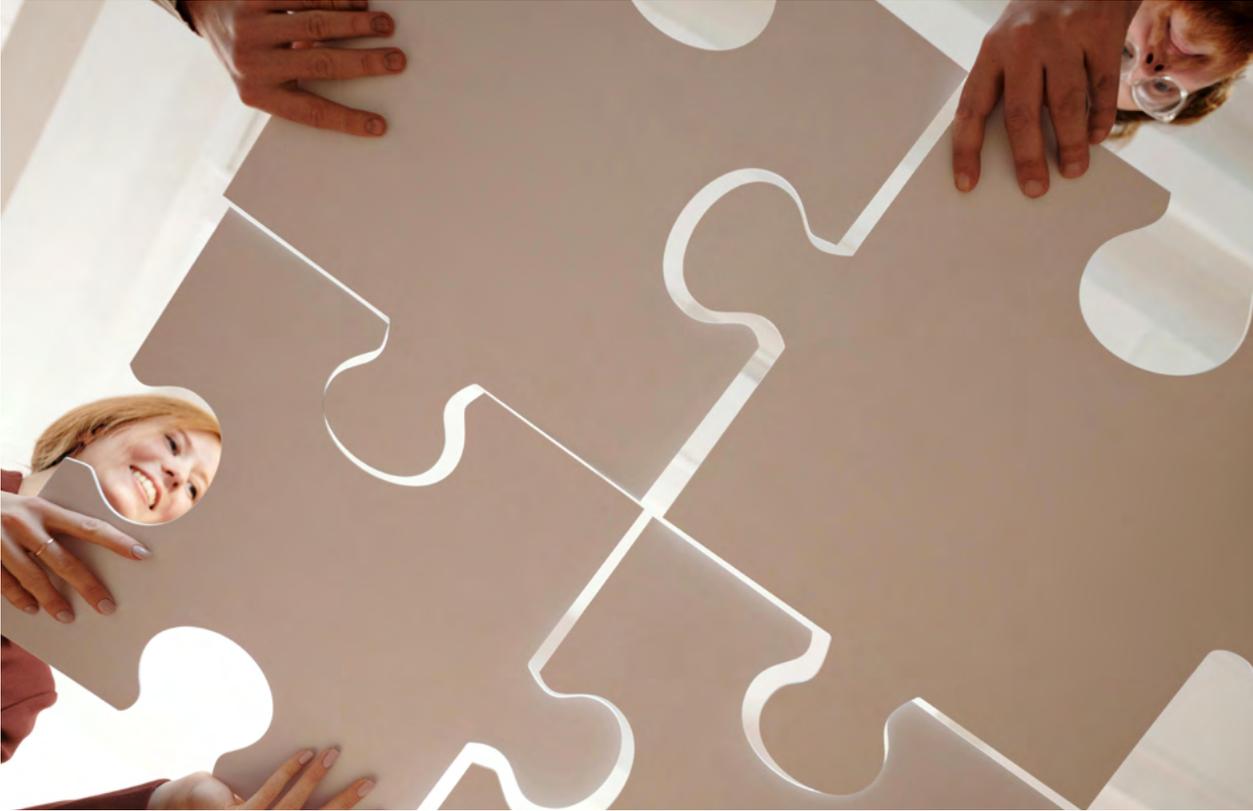


Foto: Diva Plavalaguna

medicina familiar comunitaria como los de enfermería están mostrando interés por participar en las actividades de psicología clínica. Teniendo esto en cuenta, se está estableciendo un calendario para que los residentes de las diferentes especialidades que así lo demanden puedan rotar, durante su estancia en el servicio de psiquiatría, por el programa de psicología clínica en atención primaria.

A nivel comunitario, se está llevando a cabo un grupo de autocuidado para personas cuidadoras con carácter multidisciplinar, en el que el psicólogo clínico forma parte del equipo impartiendo la parte relacionada con el autocuidado.

Como proyecto futuro se está elaborando conjuntamente con las residentes de psicología clínica un programa de tratamiento en formato grupal a realizar dentro de la atención con-

tinuada de las PIR. Está previsto su inicio para el último trimestre del presente año.

Desde el comienzo de la implementación del programa, la acogida por parte de todo el equipo de atención primaria ha sido muy satisfactoria, mostrando mucho interés por la labor que la psicología clínica puede desarrollar en este primer nivel de atención. La disponibilidad para la coordinación de casos y resolución de dudas está siendo muy adecuada, permitiendo en todo momento el poder llevar a cabo un abordaje multidisciplinar. También cabe destacar la solicitud de formación específica que demandan en aspectos relacionados con el manejo de pacientes del ámbito de la salud mental. A petición del equipo médico, se han llevado a cabo sesiones de docencia relacionadas con la entrevista clínica, habilidades de comunicación y terapia de apoyo en atención primaria. Como dificultades que

están surgiendo en la actualidad, destacaría el aumento progresivo de los tiempos de espera para primeras consultas y citas sucesivas que pone en peligro la accesibilidad al tratamiento, aspecto que se considera primordial en este nivel de intervención.

## LUGO

En el área de Lugo, el programa se inicia a finales de 2020 en cuatro centros de salud: Fingoi, Illas Canarias, Sarria y Villalba. Este fue dotado con una única psicóloga clínica que rota semanalmente por cada uno de estos centros, a excepción de Fingoi que no dispone de despachos libres, por lo que los pacientes son vistos en Illas Canarias.

La organización de las citas se hace mediante una agenda semanal por centro. Dispone de espacios de primeras consultas de 45 minutos, seguimientos de 30 minutos y valoraciones de historias clínicas de 10 minutos que consisten en citas no presenciales para una primera valoración especializada que permitirá gestionar la asistencia que se ajuste al motivo de consulta.

El profesional de primaria, que identifica necesidad de asistencia por parte de psicología clínica, deriva al paciente para su valoración anotando en el espacio destinado a «valoración de historia clínica». Posteriormente, el psicólogo clínico repasa la historia y gestiona la asistencia que considera ajustada. Las intervenciones más habituales son:

- Individual
- Familiar
- Protocolo asistencial posparto
- Asesoramiento a profesionales de primaria sin intervención directa en el paciente (con objetivo de hacer prevención cuaterna-

ria, especialmente indicado para procesos adaptativos y duelos normativos).

- Coordinación e intervención con dispositivos comunitarios (centros escolares, Centro Información de la Mujer, Gabinete de Orientación Familiar, Servicios Sociales, asociaciones...)
- Coordinación con dispositivos de atención especializada y abordajes grupales según necesidades detectadas (cuidadores, posparto...).
- En caso de considerar que necesita asistencia por parte de otro dispositivo (USM, Unidad Transición Vida Adulta, Unidad Alcoholismo, Programa Intervención Intensiva, Enlace, Psicogeriatría), se gestiona la cita y se facilita la vinculación. Los criterios actuales que motivan derivaciones a otros dispositivos son, entre otros, pacientes con clínica o antecedentes psicopatológicos moderados-graves, diagnósticos de trastorno de personalidad, consumo de tóxicos, peritajes, urgencias o menores de dieciséis años.

Además de la labor descrita, se mantienen reuniones multidisciplinares con el personal de los centros de primaria, USM y el resto de psicólogos clínicos, con el objetivo de ir modulando el programa. Se realiza supervisión y formación de los residentes de psicología clínica en su rotación en primaria, así como derivación y supervisión a grupos de apoyo llevados por los PIR en horario de atención continuada. Por último, se van a retomar las sesiones formativas para profesionales de los centros de salud con la finalidad de ampliar la labor de apoyo.

Los centros a los que acudimos devuelven *feedbacks* satisfactorios de la implantación de este programa, considerándolo necesario y útil. Se valoran como mejoras la rápida resolución, la labor preventiva, el apoyo al profesional de

primaria, la facilidad en accesibilidad y la coordinación comunitaria.

Como limitación destaca la sobrecarga de cupo que soporta el programa, lo que puede poner en riesgo la calidad asistencial, viéndose esta afectada en: tiempos de espera, disponibilidad para coordinaciones y docencia, criterios de derivación, y objetivos terapéuticos. Se insiste en la necesidad de reducir la ratio y ampliar recursos humanos.

## OURENSE

En Ourense el programa se inició en octubre de 2021, de la mano de una psicóloga clínica que ejerce sus funciones en dos centros de salud de la provincia: Ribadavia y Carballiño. En dichos centros ya existía la figura del psicólogo clínico desde hace aproximadamente 30 años, sin embargo, no realizaba funciones específicas de atención primaria, sino que el dispositivo fue cambiando con el tiempo pasando de COF a USM y compatibilizando ambas tareas, llegando a haber dos profesionales a cargo. Este hecho se considera relevante para matizar que no ha sido un inicio partiendo de cero, sino que estas características obligaban a heredar la agenda preexistente, con las dificultades que ello supone para establecer un modo de funcionamiento e intervención diferenciado.

Teniendo en cuenta lo anterior y a diferencia de otras áreas, las derivaciones las sigue realizando el MAP al buzón de peticiones general de salud mental. Desde ahí, el psiquiatra responsable de su recepción, realiza el cribado y la elección del dispositivo que mejor corresponda a cada casuística; pero no siempre siguiendo el criterio de cuadros leves-moderados o que no se prevea cronicidad, de hecho, también se reciben derivaciones de USM u otros dispositivos por cuestiones, sobre todo, geográficas. De este modo, los casos atendidos aquí van desde leves-moderados a graves

o crónicos y las derivaciones pueden venir de MAP, psiquiatras, psicólogos clínicos de USM u otras especialidades (neurología, cardiología...). Las derivaciones que se realizan desde el programa de psicología clínica en atención primaria suelen ser a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), al Programa de Intervención Intensiva en Suicidio o a la Unidad de Conductas Adictivas, pero rara vez a USM.

Partiendo de un día a la semana en cada centro de salud y siguiendo la agenda previamente establecida, se realizaban dos nuevas consultas de 45 minutos y seis seguimientos de 30 minutos. Dado el tiempo de espera entre consultas, que podía llegar a superar los tres meses, se amplió posteriormente a un día más por semana en cada centro de salud. Este cambio ha permitido reducir tiempos de espera para primeras consultas, poder agilizar o priorizar casos que lo requieran, así como tener más tiempo disponible para reuniones, sesiones clínicas y labores de coordinación con los equipos de primaria y salud mental.

Además de la actividad propiamente asistencial, se realizan reuniones con los MAP u otros derivantes para valorar la pertinencia de la derivación, comentar evolución, asesoramiento, etc., tanto de manera presencial como, normalmente, vía telefónica. Se participa también en las sesiones clínicas del centro de salud.

Por otra parte, aunque los residentes de psicología clínica realizan su rotación específica en atención primaria en el último año de residencia en otro centro de salud, con supervisión indirecta por parte de la psicóloga de este programa; a lo largo de este año también han estado con ella en períodos puntuales, como preparación para la rotación específica de primaria, y se prevé que a medio plazo lleven a cabo algún tratamiento grupal en uno de los centros a los que acude esta psicóloga.

En general, la implementación del programa está resultando satisfactoria. El equipo de

atención primaria valora la mayor accesibilidad al profesional de salud mental, así como una mejor capacidad de acogida y respuesta, ya que los tiempos de espera, aunque siguen siendo excesivos, son menores que en USM. El poder tener una comunicación directa y semanal con los MAP y cierta flexibilidad en la agenda también permite agilizar la atención en caso necesario.

La dificultad que nos encontramos por ahora es poder gestionar las derivaciones de manera directa sin necesidad de otros filtros, ya que con esto y un mayor espacio sin carga asistencial para poder coordinarse, el trabajo de equipo y de red sería más real y fructífero.

## PONTEVEDRA-O SALNÉS

En el área sanitaria de Pontevedra-O Salnés, a principios de 2021, se inicia el «Programa de Psicología Clínica en Atención Primaria» en el centro de salud de San Roque de Vilagarcía de Arousa, tres días por semana, dando respuesta a las derivaciones que realizan los MAP de personas mayores de dieciséis años tanto de dicho centro de salud como del de Vilaxoán, que depende funcionalmente del centro de salud de Vilagarcía.

Durante los primeros meses de puesta en marcha de este programa, se apoyó al equipo de pediatría de este centro de salud un día por semana, visitando allí a pacientes menores de dieciséis años y sus familias. En cuanto la agenda de adultos se sobresaturó, resultó inviable poder continuar prestando este servicio desde el centro de salud, por ello y teniendo en cuenta la vulnerabilidad y las necesidades especiales de este tipo de población, volvió a derivarse al equipo de USMIJ, como se venía haciendo previamente.

Los MAP, como primer filtro, remiten a las personas mayores de dieciséis años que lo precisen o bien a este programa de psicología clínica en atención primaria o bien a la USM

Salnés, principalmente en base a un criterio de gravedad clínica. La enfermería de USM Salnés revisa todas las peticiones que llegan a su dispositivo y realiza también un filtro previo a la consulta presencial revisando en reunión de equipo los casos dudosos.

La agenda de psicología clínica en atención primaria se programó en este centro de salud a semejanza de la preexistente en las USM del área sanitaria de Pontevedra, atendiendo a diario tres primeras consultas de 45 minutos y nueve seguimientos de 20 minutos; una agenda que dejaba muy escaso tiempo para tareas de colaboración, integración o coordinación con los equipos tanto de los dos centros de salud incluidos en el programa, como de la USM o de recursos externos. Desde mediados de 2023, un ajuste en las agendas del área nos ha permitido pasar a realizar entre cinco y siete consultas por día de seguimiento de 30 minutos, manteniendo las tres primeras consultas diarias de 45 minutos. Esperamos que este ajuste sirva para potenciar tareas más colaborativas con otros profesionales y potenciar las funciones comunitarias que el psicólogo clínico puede desempeñar desde el ámbito de la atención primaria.

La intervención psicológica a nivel individual se encuadra en un marco de terapia focal y breve. A nivel grupal, durante los meses del curso escolar de 2022-2023, pusimos en marcha un grupo multifamiliar de frecuencia quincenal en una sala del auditorio municipal de Vilagarcía, que nos facilitó un espacio y tiempo más adecuados para la psicoterapia que los espacios de atención individual de que disponemos. Este grupo se realiza en coterapia con la enfermera especialista en salud mental del equipo de continuidad de cuidados de O Salnés y nos ha permitido intercalar sesiones, en un formato tipo charla informativa, con recursos comunitarios de la zona que son de gran apoyo para la población que venimos atendiendo, como el Centro de Información a la Mujer, el Espacio de Preservación familiar o la Asociación Boa Vida, entre otros. Estas reu-

niones dialógicas posibilitan el intercambio de información y el encuentro tanto de usuarios como de diferentes profesionales de la zona, vinculados de alguna u otra manera con la salud mental.

En marzo de 2022, los PIR con la supervisión de su tutor comienzan la implementación de un programa de atención continuada de psicología clínica en atención primaria en el centro de salud de A Parda, en Pontevedra, al que dedican actualmente dos tardes al mes.

Este año en curso, la PIR ha podido realizar su rotación en atención primaria acompañada por una profesional de la misma especialidad en que se está formando.

A mediados de junio de 2023, se inició a jornada completa un nuevo programa de enlace

de psicología clínica en el centro de salud de A Peregrina en Pontevedra y se espera también en pocos meses pasar a hacer la jornada completa, a su vez, en el centro de salud de San Roque de Vilagarcía de Arousa.

## PROGRAMAS DE ENLACE CON ATENCIÓN PRIMARIA POR ÁREA SANITARIA

En la siguiente tabla se muestran los datos de las diferentes áreas en cuanto a población atendida y funcionamiento general de los programas.

Área Sanitaria	FERROL	VIGO	LUGO	OURENSE	PONTEVEDRA-O SALSÉS
Centros Salud	Narón, Fene	Sárdoma, Bembrive	Illas Canarias, Fingoi, Sarria, Villalba	Ribadavia, Carballiño	San Roque y Vilaxoán
Población total	38564	13695	60795	34767	32518
Nº MAP	31	10	50	33	25
Nº Enfermeras	26+3 matronas	11+1 matrona	47+4 matronas	28+2 matronas	30+2 matronas
Rango edad	>16 años	>16 años	>16 años	>16 años	>16 años
Filtro de derivaciones	Psicóloga clínica del programa	Psicólogo clínico del programa	Psicólogo clínico del programa	Psiquiatra encargado del buzón de peticiones general.	Equipo USM
Coordinación con personal de AP	Si	Si	Si	Si	Si
Despacho/Posibilidad espacio grupos	Si	Si	Si	Si/Algún espacio posible, aunque no acondicionado para terapia grupal	Si
Docencia en C. Salud	Si	Si	En proceso	Si	En proceso
Rotación PIR	Si	Si	Si	Parte de la rotación	Si

## CONCLUSIONES

Desde nuestra experiencia, consideramos como objetivo prioritario en el trabajo con atención primaria el facilitar el acceso a tratamientos psicológicos, dentro de un modelo de trabajo colaborativo que garantice la continuidad asistencial ajustada a las necesidades de cada persona y en estrecha coordinación con los equipos de salud mental. Este modelo de trabajo resulta eficiente en términos de proporcionar una respuesta rápida a los motivos de consulta más prevalentes en atención primaria, previniendo su agravamiento y cronicación, y, en consecuencia, la sobrecarga de los dispositivos de salud mental contribuyendo así a la optimización de los recursos disponibles.

Los cuadros de carácter leve o moderado pueden ser abordados desde un formato de intervención psicológica breve y focalizada en objetivos terapéuticos, en formato individual o grupal, desde un marco teórico flexible y acorde a las necesidades de los usuarios. Esta intervención debe ir dirigida a reforzar los recursos y estrategias de afrontamiento de las personas y al manejo de síntomas desde un enfoque no patologizador, en el que el fármaco no sea necesariamente la primera opción terapéutica y se reduzca la medicalización de problemas de la vida cotidiana. Además, la coordinación con otros recursos sanitarios, sociales y comunitarios es esencial, manteniendo un modelo biopsicosocial de práctica clínica.

La intervención que solemos realizar en los centros de salud abarca desde la normalización o indicación de no tratamiento en casos que, tras la valoración clínica, se conceptualicen como procesos adaptativos funcionales; el acompañamiento terapéutico en aquellos casos que, si bien no suponen un problema clínico de mayor consideración, estén generando malestar que interfiere o limita la calidad de vida de la persona de manera significativa (trastornos adaptativos/códigos z); terapia

individual para problemas psicológicos específicos (trastornos de ansiedad, depresión leve-moderada), terapia grupal para problemáticas comunes (grupos de apoyo, trastornos emocionales); hasta la derivación a la unidad de salud mental u otro dispositivo específico, si la valoración del caso lo hace aconsejable o si la evolución no resulta favorable.

Nos parece especialmente importante disponer de tiempos específicamente destinados a la coordinación con el personal de atención primaria, así como con el resto de dispositivos de salud mental, considerando este espacio de coordinación como parte esencial del trabajo en equipo en el que se crean sinergias en pro de la calidad asistencial y de cultivar un entorno laboral acogedor y motivante. En estos espacios habitualmente nos coordinamos en el abordaje de casos, pero también han de posibilitar la intervisión y la cobertura de necesidades específicas de formación. Valoramos, por otro lado, un avance importante el que los residentes de Psicología Clínica dispongan de supervisión por parte de un facultativo especialista en psicología clínica en la rotación en atención primaria, que es parte del programa formativo de la especialidad.

Consideramos nuestro trabajo en este programa un primer paso necesario y firme que ha de consolidarse y hacerse extensible para procurar una atención psicológica realmente accesible al conjunto de la población que lo necesite, reduciendo los tiempos de espera tanto para primeras consultas como entre consultas de seguimiento. Este programa debería de continuar desplegándose y ampliarse a todos los centros de atención primaria y, por otro lado, ampliarse a población infanto-juvenil, a través del enlace con los especialistas de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y como se está haciendo en otras comunidades como Cataluña (Enfedaque-Montes et al., 2023), Asturias o Andalucía (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015). Para ello, resulta necesario continuar con el incremento de recursos humanos y logísticos, de

cara a disponer de unas tasas de psicólogos clínicos por habitante similares a las ratios europeas y que den respuesta a las necesidades actuales en materia de salud mental.

## AGRADECIMIENTOS

Por su apoyo y por toda la tarea previa desarrollada, al Grupo de Trabajo de Psicología Clínica en Atención Primaria de la Sección de Psicología e Saúde del Colexio Oficial de Psicología de Galicia.

## BIBLIOGRAFÍA

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). (2015). *Manual para la Acreditación de Competencias Profesionales: Psicólogo/a Clínico/a*. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/MACP-Psicologo-Clinico.pdf>

Carballal Fernández, A., Alonso Villar, C., Cid Gutiérrez, P., Carreira Vidal, M.J., Lago Canzobre, S., Losada López, C.J. (2018). *Documento marco da Psicología Clínica en Atención Primaria*. Colexio Oficial de Psicología de Galicia. [https://copgalicia.gal/system/files/PDFs/publicacions/documento\\_marco\\_da\\_psicologia\\_na\\_atencion\\_primaria\\_galego.pdf](https://copgalicia.gal/system/files/PDFs/publicacions/documento_marco_da_psicologia_na_atencion_primaria_galego.pdf)

Enfedaque-Montes, B., Garcia, O., Gil-Sánchez, E., Ruiz, R., Cid Colom, J., Lobo Polidano, E., Vegué Grilló, J. (2023). *Programa de col·laboració entre l'atenció a la salut mental i les addiccions, i l'atenció primària i comunitària*. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9424/programa\\_collaboracio\\_entre\\_atencio\\_salut\\_mental\\_addiccions\\_atencio%20\\_primaria\\_comunitaria\\_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9424/programa_collaboracio_entre_atencio_salut_mental_addiccions_atencio%20_primaria_comunitaria_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Europa Press. (2023, 13 enero). El COPG estima que debería triplicarse el número de psicólogos clínicos del Sergas para dar una asistencia “de calidad”. *POMBAPRESS SL*. <https://www.galiciapress.es/articulo/sanidad/2023-01-13/4138299-copg-estima-deberia-triplicarse-numero-psicologos-clinicos-sergas-dar-asistencia-calidad>

Gutiérrez López, M. I., López Alonso, N., Alonso Gómez, R., & Veiga Martínez, C. (2020). Psicología Clínica en Atención Primaria: la experiencia en Asturias. *Semergen*, 46(2), 101–106. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2019.09.002>

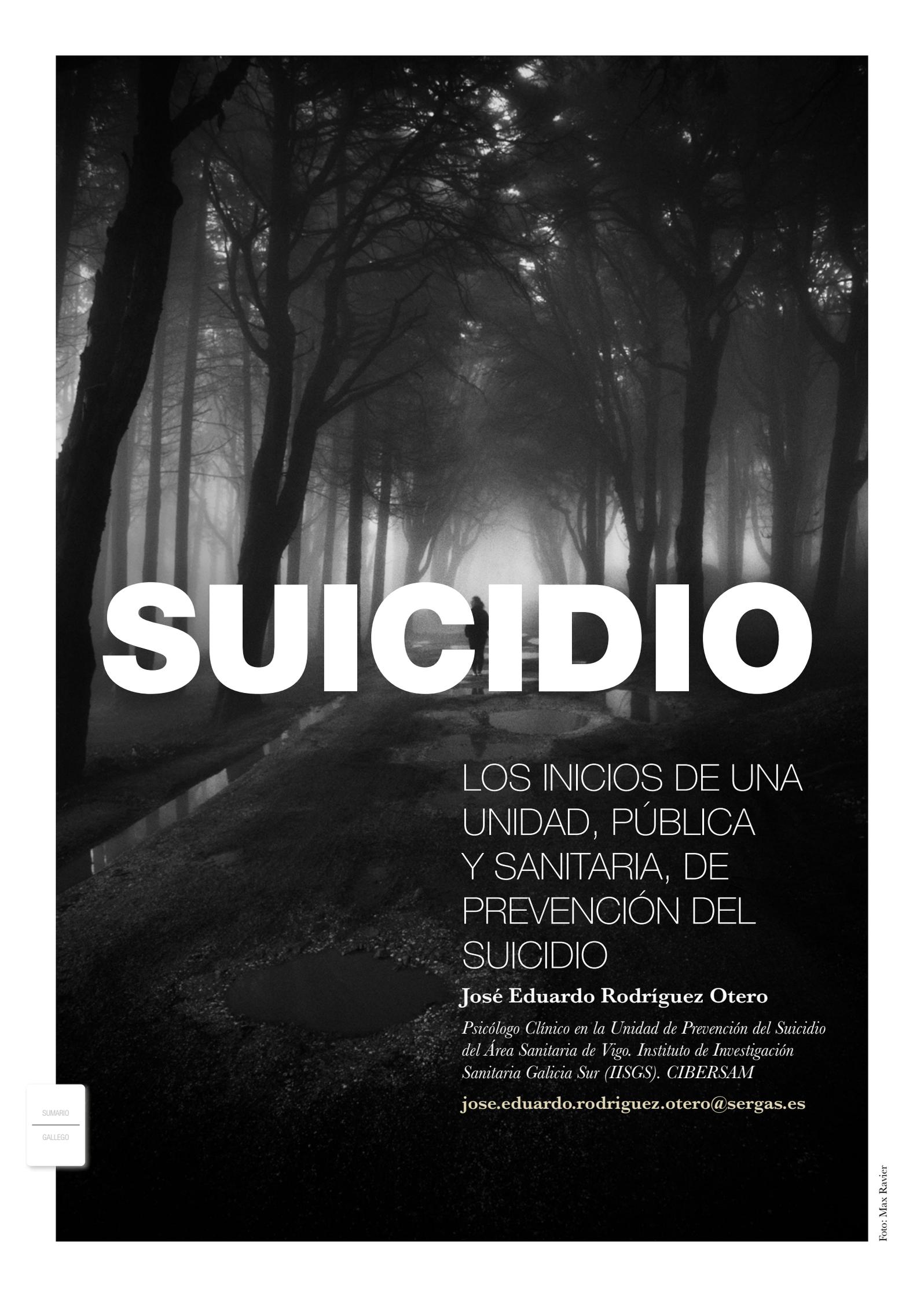
Martin García Sancho, J. C., Garriga Puerto, A., Egea, C., Díaz, G., Campillo Cáscales, M. J., Espinosa Gil, R. M. (2018). Intervención psicológica escalonada con trastornos mentales comunes en Atención Primaria. *Anales de Psicología*, 34(1), 30-40. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.1.281491>

Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. Boletín Oficial del Estado, 146, de 17 de junio de 2009. <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/06/02/sas1620>

Servizo Galego de Saúde. (2020). *Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19. Periodo 2020-2024*. [https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/14102/Plan\\_saude\\_mental\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/14102/Plan_saude_mental_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. BDCAP Series 2. Ministerio de Sanidad. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)

Veiga Martínez, C., López Alonso, N. (2017). *Intervenciones Psicológicas en Atención Primaria*. [Memoria de actividad clínica]. SESPA. <https://www.astursalud.es/documents/35439/36899/Memoria%20Intervenciones%20Psicologicas%20en%20AP%202017.pdf/46d63ac1-04a5-dff3-6c5a-5955b38e6852>



# SUICIDIO

LOS INICIOS DE UNA  
UNIDAD, PÚBLICA  
Y SANITARIA, DE  
PREVENCIÓN DEL  
SUICIDIO

**José Eduardo Rodríguez Otero**

*Psicólogo Clínico en la Unidad de Prevención del Suicidio  
del Área Sanitaria de Vigo. Instituto de Investigación  
Sanitaria Galicia Sur (IISGS). CIBERSAM*

[jose.eduardo.rodriguez.otero@sergas.es](mailto:jose.eduardo.rodriguez.otero@sergas.es)

SUMARIO

GALLEGO

*En memoria de Él, Hija,  
Niña, Alegría y Maestra*

*Para Ella, Madre,  
Compañera, Marido y  
Entorno*

## RESUMEN

En este artículo se detalla cómo fueron los inicios de la Unidad de Prevención del Suicidio de Vigo. Se describen, para ello, cuestiones ideológicas y prácticas. En lo ideológico se señala la importancia de los movimientos sociales que demandaron a la Administración que tomara medidas concretas en prevención del suicidio, la decisión de la creación de las Unidades de Prevención del Suicidio, las dudas personales del autor, la búsqueda de una idea compartida de prevención y la concreción final del objetivo de la unidad. En cuestiones prácticas se indica cómo se operativizó todo ello dentro de los complejos mecanismos de funcionamiento de nuestro sistema de Sanidad Pública y la necesidad que hubo de corregir procesos ante los errores en los primeros pasos.

**PALABRAS CLAVE** — Prevención; Suicidio; Unidad de Prevención del Suicidio; Sanidad Pública; Inicios.

## ABSTRACT

This article relates how the Vigo Suicide Prevention Unit began. Ideological and practical issues are described. In the ideological part, the importance of the social movements that demanded that the Administration take concrete measures in suicide prevention, the decision to create the Suicide Prevention Units, the personal doubts of the author, the search for a shared idea of prevention and the final realization of the objective of the Unit are pointed out. In practical matters, it describes how these ideas were implemented in the complex operating mechanism of our Public Healthcare System and also points out the need to correct processes to deal with errors in the first steps.

**KEY WORDS** — Prevention; Suicide; Suicide Prevention Unit; Public Healthcare; The beginning.

## LOS PRECEDENTES

*Él no llegó. Ella sí. Y es curioso, porque durante casi toda su vida llegaron juntos a los sitios. Excepto allí y a acostumbrarse a eso de estar jubilados. En esto último también Ella llegó y Él no.*

*Juntos salieron al mar cada día durante los últimos cuarenta años. Miles de lenguados, lubinas y sardinas. Con sol, lluvia, frío y calor. La mayor parte del tiempo en silencio, ejerciendo el oficio o pensando en la vida. Y todo eso lo hicieron juntos, como el día que decidieron jubilarse. Ya no habría más pesca, ya no madrugarían. Ella se acostumbró rápido, tenía muchas cosas que hacer en tierra. Él no. Él se refugió en el garaje y continuó haciendo nudos, reparando la barca y las redes, engrasando el motor... Y se fue poniendo triste al sentir que aquello ya no servía para nada. Dejó primero los nudos y después las redes. Y la sonrisa le dejó a él. Ella pensó que el nacimiento del nieto que llevaba tanto tiempo esperando se la devolvería, pero no fue así. Ella se preocupó. Y el médico del pueblo también. Y pidieron cita. Le dieron la primera que había. En octubre. Una mañana de agosto, él desayunó, se tomó las pastillas de la tensión, besó a Ella y le dijo que se iba al garaje a limpiar el motor. Siempre hay una primera vez para mentir, se dijo, mientras se dirigía al monte para no volver.*

*Ella sí llegó. En noviembre. No sabía vivir sin él. «Si él hubiese estado sentado en esta silla en algún momento, ¿seguiría vivo?»*

Como Él, según datos del Instituto Gallego de Medicina Legal (IMELGA, <https://conselleriadepresidencia.xunta.gal/es/xustiza/imelga>), hubo 394 personas que se suicidaron en 2014 en Galicia. Y 324 en 2015. Y 345 en 2016. Y todo ello inició un movimiento social, «las Badaladas». El Movimiento Galego da Saúde Mental tocó una campanada cada día a las 20:00 h en la Plaza de Platerías de Santiago de Compostela. Una campanada por cada fallecido por suicidio en Galicia. E invitaba a ello a miembros del ámbito sanitario, cultural, laboral, político, académico y social. Invitaba a personas que deseaban tocar esa campanada

para que la Administración hiciera algo para que nuestros vecinos dejaran de suicidarse.

Tras negar su necesidad y acusar a este movimiento de provocar alarmismo social, el gobierno autonómico finalmente elaboró el «Plan Gallego de Prevención del Suicidio» (PGPS) en 2017 (Xunta de Galicia, 2017). Durante sus tres primeros años el PGPS se dio más a conocer por su presentación mediática y por la infografía de sus documentos que por sus hechos. En 2020, a las puertas de unas elecciones autonómicas y en medio de una pandemia mundial, se publicó el «Plan de Salud Mental de Galicia PosCovid-19 para el periodo 2020-2024» (Xunta de Galicia, 2020), en el que se operativizó y presupuestó la creación de la Unidades de Prevención del Suicidio recogidas ya en el PGPS.

En el Área Sanitaria de Vigo habilitaron, entonces, cuatro despachos y ofrecieron cuatro contratos: dos enfermeros/as especialistas en salud mental, una médica psiquiatra y un psicólogo clínico. Fue cuando recibí la llamada del jefe de servicio, «¿quieres ser tú ese psicólogo clínico?».

## MI INICIO

*Madre hacía tiempo que no veía a Hija. Hablaban a menudo, puntualmente sin conflicto, pero habitualmente en medio de tormentas. Hija tenía arrebatos frecuentes y estos se habían incrementado desde que compartía vida con su pareja. Madre quería evitar las disputas, pero sentía que dijera lo que dijera, Hija encontraría un buen motivo para enfurecerse y es que Hija no estaba enfadada con Madre sino con la vida. Su relación de pareja no iba bien, como no fue la anterior ni la precedente. Madre siempre supo que reaccionaba muy mal ante el malestar y que eso poco a poco las fue distanciando, aunque ambas se habían ocupado de no separarse del todo. Hija, esa noche, discutió fuerte con su pareja y decidió irse de casa y dormir en un hotel. Su*

*pareja, me dijo Madre, no la paró, no la intentó vencer de que se quedara.*

*Madre me contó, entre lágrimas, que hacía tiempo que no veía a Hija. Y que no sabía que la próxima vez que lo haría sería para reconocerla en el sótano de un hospital vigués.*

Si hubiese respondido en ese momento, diría «no». Ya sabéis que puede producir cierta ansiedad la incertidumbre ante los cambios, desconocer el medio y la falta de posicionamiento ético ante lo suicida. Y cuando se tiene ansiedad, lo que quieres es que desaparezca cuanto antes. El cuerpo me pedía uno de esos «no» ansiolíticos<sup>1</sup>. Pero, apelando a una prudencia básica, pedí algunos días para poder reflexionar.

En la reflexión entró también lo prosaico. Como vais a ver, en esto de los inicios no se debe infravalorar el valor de la prosa. No hablamos de prosa poética, sino de la prosa más simple que se os pueda ocurrir. En este caso lo prosaico era que la Unidad de Prevención del Suicidio (UPS) me quedaba más cerca de casa que el anterior trabajo. Podía ir andando a la consulta, algo que no me había sucedido en ningún otro trabajo que tuviera previamente. No más coche, ahora un paseo. Así que la prosa estaba a favor del cambio.

Avanzando hacia lugares más poéticos, me atraía la idea de pasar unos años de vida profundizando en un solo tema. Siempre he estado en contra de las «superespecializaciones», pero esta es una de mis múltiples creencias que, con el tiempo, van perdiendo fuerza. En la Unidad de Salud Mental en la que trabajaba podía hacer en el mismo día intervenciones sobre un trastorno alimentario, un problema de ansiedad, una dificultad de pareja, un trastorno psicótico, una desregulación emocional en un trastorno de personalidad, un problema vincular y una secuela de un trauma. Intento estar a la última, ofrecer lo mejor y

más validado a las personas que vienen a mi consulta, pero —tengo que admitirlo— no soy un experto en todo ello. Muchas veces me preguntaba si algún experto en esos campos censuraría alguna de las intervenciones que estuviera haciendo. Seguramente sí.

Por supuesto, me acordé de Él. Más bien de Ella, que fue la que conocí, y de lo que la vida le llevó porque no llegamos a tiempo. Y de si le podríamos haber ayudado a Hija a tener más recursos en crisis y así evitar la pesadilla en la que, desde entonces, vivía Madre.

Tres días después de la llamada inicial, contacté yo con el jefe de servicio. La respuesta, claro, fue «sí».

## ¿PARA QUÉ QUEREMOS ESTA UNIDAD?

*Primero venía el sentimiento, la culpa. Y después la búsqueda obsesiva de lo que la hacía culpable. Y algo encontraba porque Compañera, como cualquiera, si lo buscaba con el suficiente ahínco, siempre hallaba algo que la relacionaba con lo sucedido. Por lo que hizo o por lo que dejó de hacer. O por no haber detectado señales que en su momento eran neutras, pero que con el tiempo las podía ver como indicios. Creo, de corazón, que Compañera no pudo hacer nada para evitar que saltara Niña. Pero me queda la duda de que entre todos no lo hubiésemos podido evitar si a ella, y a todos los niños, les hubiésemos enseñado formas de abordar la frustración, minimizar la impulsividad y aumentar la capacidad reflexiva. Supongo que yo, Psicólogo, como Compañera, necesito tener una narrativa que me aporte algo de control.*

Si quieres saber para qué trabajas, nada mejor que hacerlo en una unidad que tiene su objetivo en su nombre. ¿Cuál es el objetivo de la Unidad de Prevención del Suicidio? Pues ese, prevenir suicidios.

Aparentemente, no habría que darle muchas más vueltas a la cuestión. Pero ya sabéis, compañeras y compañeros, que a nosotros nos sue-

1 También los hay ansiógenos

le producir cierta incomodidad quedarnos en la tranquilidad de lo evidente. Y, por supuesto, surgió una pregunta más compleja de responder: ¿deberíamos evitar todos los suicidios?

Hay quien se puede encontrar a gusto respondiendo a este tipo de preguntas basándose únicamente en argumentos legales. Tendrán menos conflictos, menos dilemas y más tranquilidad. Y el marco legal, al rescate ante la desazón de la posible duda, dio respuesta y fue «sí». Se debían evitar todos los suicidios. En febrero de 2021, momento en el que se abrió la UPS de Vigo, la ley de la eutanasia (Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, 2021) aún no se había publicado, por lo que había que ayudar a todas las personas a seguir viviendo, incluso en el caso de que tuvieran un padecimiento grave, crónico e incapacitante y/o una enfermedad grave e incurable.

La ley de la eutanasia abrió la puerta a la figura del suicidio asistido para personas que cumplieran los requisitos que marcaba la ley. Legalmente ya no teníamos que ayudar a sobrevivir a todas las personas que no lo deseaban. Desde mi punto de vista, toda una liberación.

Con la reflexión y las conversaciones, también llegué a una respuesta más allá de lo legal, con la que me encuentro cómodo: se deben evitar todos aquellos suicidios en los que el suicidio es una respuesta definitiva a un problema temporal o que se presenta con esa intensidad de forma temporal. Pero, ¿qué sucede con aquellos casos no eutanásicos en los que la persona se quiere morir y el problema es definitivo y se está presentando con una intensidad que se espera que se mantenga en el futuro? Legalmente hay respuesta, éticamente mis inquietudes siguen presentes.

Sabido el objetivo de la UPS y avanzado en el posicionamiento ético ante lo suicida, el siguiente paso fue saber cómo alcanzar nuestro objetivo de prevenir suicidios. Copiar a quien lo hace bien suele ser una estrategia razonable. Por lo tanto, era momento de leer y pre-

guntar —¿qué se estaba haciendo en otros lugares?—.

Revisamos tantos programas de prevención que pudimos publicar un artículo con el resumen de nuestras conclusiones (Rodríguez-Otero et al., 2022). Fueron dos las principales:

- 1/ Los programas de prevención se autodenominaban biopsicosociales, pero esta parecía más una etiqueta elegante que una descripción rigurosa de lo que se veía en los mismos. Encontramos muchas referencias a lo bio, algo a lo psico y apenas nada a lo social.
- 2/ La prevención del suicidio se consideraba un problema de salud pública y, como tal, se estructuraba en tres niveles de actuación (Gordon, 1983):
  - Prevención universal: medidas deseables y aplicables a la población general que, en su mayor medida, pueden ser desarrolladas sin la participación del personal sanitario.
  - Prevención selectiva: medidas que, por su balance coste – beneficio, no están indicadas para población general y sí para subgrupos poblacionales que, por sus características, tienen mayor riesgo de padecer el problema.
  - Prevención indicada: engloba intervenciones de elevada intensidad, desarrolladas principalmente por personal sanitario y centradas en personas de alto riesgo de padecer el problema.

Nosotros somos personal sanitario y el alto riesgo en cuestiones suicidas se refiere a personas que tienen ideación autolítica grave o han hecho alguna tentativa previa. Así que la UPS haría la prevención indicada y, por ello, necesitábamos saber qué intervenciones habían demostrado su eficacia en este ámbito.

En prevención indicada han mostrado eficacia antisuicida diversas intervenciones psicoterapéuticas, psicofarmacológicas y los planes de respuesta en crisis. Para una revisión deta-



Foto: Mathias Reding

llada de la eficacia de estas medidas se puede recurrir, por ejemplo, a los trabajos de D'Anci et al. (2019), Mann et al. (2021) o Wasserman et al. (2012). La intervención psicoterapéutica más validada es la terapia cognitivo - conductual para la prevención del suicidio (Brown et al., 2002; Henriques et al., 2003). Este modelo señala tres pasos en la intervención:

- 1/ Evaluación del riesgo suicida. Desarrollo de un plan de tratamiento. Elaboración de un plan de seguridad. Entrenamiento en habilidades para la regulación emocional y el manejo de la crisis.
- 2/ Identificar y cuestionar creencias desadaptativas y autoafirmaciones que facilitan la aparición de las conductas suicidas (por ejemplo, la desesperanza, el sentimiento de ser una carga o el *entrapment*<sup>2</sup>).
- 3/ Prevención de recaídas. Consolidación de habilidades que permitan manejar efectivamente situaciones estresantes en el futuro.

Esta intervención cognitiva – conductual se considera validada para la prevención indicada del suicidio (Brown et al., 2005; Rudd et al., 2015; Tarrrier et al., 2008) porque ha demostrado su eficacia en la reducción de las conductas suicidas, pero, lamentablemente, no ha probado su utilidad para disminuir la ideación autolítica.

Además de trabajar en prevención indicada, nosotros debíamos conocer y divulgar otras medidas que se habían mostrado eficaces en los niveles de prevención universal y selectiva. A saber:

- Prevención universal: en este campo se incluyen las campañas de concienciación, facilitar el acceso a los servicios de salud mental, las políticas para reducir el consumo dañino de alcohol, las políticas de empleo y desempleo, el apoyo a los me-

dios de comunicación para que informen de manera responsable sobre el suicidio y la restricción del acceso a medios letales. Estas medidas de prevención universal se desarrollan desde los ámbitos económicos, políticos, sociales y educativos, y han demostrado ser las más eficaces para prevenir suicidios. De hecho, la restricción a medios letales, es la que hasta este momento ha demostrado más eficacia, no solo en la prevención universal sino en la prevención global del suicidio (Cai et al., 2022; Pashak et al., 2022).

- Prevención selectiva: incluye la realización de screenings para detectar depresión y otros trastornos mentales, detectar ideación autolítica en personas con patologías somáticas, la realización de programas escolares, promover campañas de formación para *gatekeepers*<sup>3</sup> para que mejoren su capacidad de detección de la ideación suicida, el trabajo con personas que han vivido un suicidio de cerca y el entrenamiento a personal sanitario, especialmente al de atención primaria, para detectar y hacer una primera asistencia en caso de crisis suicida. Entre estas medidas, el entrenamiento al personal de atención primaria es la que ha demostrado más eficacia (Hegerl et al., 2006; Mann et al., 2021).

En resumen, llegados a este punto ya teníamos el objetivo de la UPS, un posicionamiento ético ante el mismo y sabíamos cuáles eran las intervenciones más eficaces para alcanzarlo. Ahora teníamos que llevar este mundo de las ideas a lo concreto, que en este caso era su integración en los complejos procesos de los servicios públicos de salud. La prosa y la importancia de las buenas compañías nos espera.

- 
- 3 Personas o instituciones que están en contacto regular con población potencialmente de riesgo. Ejemplo de *gatekeepers* son los policías, profesores, clérigos, militares y los agentes laborales.

- 
- 2 No tener expectativas de poder escapar o ser rescatado de la situación que produce sufrimiento.

## ¿CÓMO HACERLO? LA UTOPIA DE LO CONCRETO

*A Marido le cambió la vida en menos de quince días. En un camino su pacto se rompió. Alegría no se podía imaginar cuánto los distanciaría eso. De saberlo nunca lo habría hecho. Y volvieron en silencio. Marido pensando en lo que les quitaba la vida sin saber que todavía les quitaría más. Alegría bajo el peso de la vergüenza. Fue tal que no la pudo aguantar, se fue para dar un paseo y no fue capaz de volver.*

*No llegó nunca Alegría. De haberlo hecho, posiblemente se habría salvado. Tuvimos suerte que Solo y Marido sí llegaron y, entre todos, les ayudamos a convivir melancólicamente con el recuerdo de Alegría.*

Sé que sonará repetitivo, pero la estrategia de copiar a quien lo está haciendo bien suele ser algo razonable y, si además no lo haces pasar por algo tuyo, tus niveles de honradez permanecen intactos.

Quien lo estaba haciendo bien, desde 2008, era el equipo del «Programa de Intervención Intensiva» (PII) de Ourense (Reijas et al., 2013). Por eso, allá por febrero de 2021, fuimos a hacerles una visita. Su modelo partía de la ya mencionada terapia cognitivo conductual para la prevención del suicidio (Brown et al., 2002; Henriques et al., 2003) y lo desarrollaban en un programa de seis meses que incluía consultas presenciales con psicología clínica, psiquiatría y enfermería; y consultas telefónicas, realizadas por enfermería. Además, nos contaron sus circuitos de derivación, el número máximo de pacientes activos que tenían y los recursos de los que disponían al alta.

Desde mi punto de vista, lo más importante en los inicios son las buenas compañías. El personal del PII de Ourense lo fue por compartir amablemente su saber y experiencia.

A la vuelta de Ourense hicimos un resumen de nuestros avances partiendo de la respuesta a dos preguntas simples: ¿qué es lo que queremos? y ¿qué es lo que no queremos?

### ¿Qué es lo que queremos?

Queríamos poder atender a personas con riesgo suicida. Queríamos poder ser accesibles en poco tiempo y atenderlos con la frecuencia que lo necesitasen. Queríamos ayudarles a reducir su sufrimiento y a aumentar sus recursos en caso de crisis suicida.

### ¿Qué es lo que no queremos?

Ni listas de espera largas ni agendas colapsadas. No queríamos vivir en el sinsentido de esperar meses para atender a una persona con riesgo suicida.

Y no queríamos *burnout*, ni desencanto profesional ni pasar la tarde de los domingos con picos de ansiedad porque se acerca un lunes complicado. Ya que se intuía que nuestra labor sería emocionalmente dura, al menos poder ejercerla con los recursos apropiados.

Con ello, redactamos un modelo de trabajo al que denominamos **Modelo UPS Vigo** y cuya última versión es la siguiente:

*"El Modelo UPS Vigo es un programa de intervención ambulatoria de seis meses de duración con participación de personal de enfermería, psiquiatría y psicología clínica.*

*Los usuarios pueden ser derivados por la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, el Servicio de Urgencias Psiquiátricas o las consultas ambulatorias de salud mental. Puntualmente se aceptan derivaciones desde otros servicios como las interconsultas psiquiátricas, las unidades de conductas adictivas u otras UPS de la región.*

*Hay dos tipos de criterios para aceptar la incorporación a la UPS Vigo: los criterios clínicos y de compromiso. Los criterios clínicos son:*

- *Presentar un riesgo elevado de conducta suicida. Se puede estimar el mismo por haber realizado recientemente varias tentativas suicidas, tentativa/s con alto riesgo de letalidad o presentar una ideación grave con posibilidad de paso al acto.*
- *No presentar un problema significativo con el consumo de sustancias.*

- Presentar una capacidad cognitiva suficiente para beneficiarse de las intervenciones que se realizan en el modelo UPS Vigo. Se valorará esto en personas con CI menor de 70 o con alguna alteración significativa en la conciencia, funciones ejecutivas, atencionales o mnésicas.

Los criterios de compromiso incluyen:

- Firmar el contrato terapéutico de la UPS Vigo.
- Comprometerse a acudir a las citas programadas.
- Aceptar tener un compañero de terapia. Se exige, excepcionalmente, del cumplimiento de este criterio a las personas que no tienen ninguna red social en el entorno cercano.
- Aceptar que otra persona, habitualmente el compañero de terapia, custodie la medicación que tome.

Una vez comprobado que se cumplen todos los criterios, el usuario se incorporará al programa ambulatorio de seis meses en el que se seguirá el cronograma de consultas que refleja la tabla 1. Como se pueden observar, durante los dos primeros meses habrá contactos semanales con el/la paciente. Entre el tercer y cuarto mes se aumentará progresivamente el tiempo entre consultas dando mayor autonomía, si es posible, al paciente. El quinto y sexto mes es el periodo en el que se cierra la intervención, se trabaja sobre la prevención de recaídas y se prepara para el alta en la UPS. Este cronograma garantiza, pues, un mínimo de ocho consultas con cada profesional. En caso de crisis, el cronograma admite flexibilidad para aumentar el número de consultas por paciente.

El marco teórico de partida es el modelo de los tres pasos (Klonsky y May, 2015; Klonsky et al., 2021). Este modelo sostiene que para que haya ideación suicida debe haber sufrimiento y desesperación (1 er paso). Si este sufrimiento y desesperación supera la conectividad que tiene la persona con el mundo, la ideación es fuerte (2º paso). Si a eso se le añade la capacidad de paso al acto (3 er paso), habrá una tentativa suicida o un suicidio consumado. En base a esto cada perfil profesional de la UPS, desde su ámbito de conocimiento, hace una valoración del sufrimiento, desesperanza, conectividad y capacidad de paso al acto. Y, por lo tanto, los objetivos terapéuticos serán reducir el sufrimiento, reducir la desesperanza, aumentar la conectividad y reducir la capacidad de paso al acto.

Siguiendo una coherencia con este marco teórico de base, el modelo psicoterapéutico de intervención es la CBT para la prevención del suicidio (Brown et al., 2002; Henriques et al., 2003). Este modelo señala tres fases de intervención:

1ª Evaluación del riesgo suicida. Desarrollo de un plan de tratamiento. Elaboración de un plan de seguridad. Entrenamiento en habilidades para la regulación emocional y el manejo de la crisis.

2ª Identificar y cuestionar creencias desadaptativas y autoafirmaciones que facilitan la aparición de las conductas suicidas (por ejemplo, la desesperanza, el sentimiento de ser una carga o el «entrapment»).

3ª Prevención de recaídas. Consolidación de habilidades que permitan manejar efectivamente situaciones estresantes en el futuro.

**Tabla 1. Calendario de Sesiones de la UPS**

Semana	Psiquiatría	Enfermería	Psicología Clínica
1	1ª	1ª	
2		2ª	1ª
3	2ª		2ª
4		3rd (Tlef)	
5			3ª
6	3ª	4ª	
7			4ª
8		5ª (Tlef)	
9			
10	4ª		5ª
11			
12		6ª (Tlef)	
13			
14	5ª		6ª
15			
16		7ª (Tlef)	
17			
18			
19	6ª		7ª
20			
21			
22		8ª (Tlef)	
23	7ª		
24			
25			
26	8ª	9ª	8ª

Nota: Tlef: Sesión telefónica

*Este modelo ha sido validado para la prevención indicada del suicidio (Brown et al., 2005; Rudd et al., 2015; Tarrier et al., 2008) porque ha demostrado su eficacia en la reducción de las conductas suicidas, pero, lamentablemente, no ha demostrado su eficacia en la reducción de la ideación autolítica.*

*En la primera semana el paciente tiene entrevista de acogida y valoración con el personal de enfermería y psiquiatría, diseñando cada cual, de forma colaborativa con el paciente, su plan de tratamiento. En la segunda semana hacen una analítica de sangre, entrevista de valoración y plan de tratamiento con psicología clínica y elaboración del plan de seguridad siguiendo el modelo de Stanley (Stanley y Brown, 2012). En las siguientes semanas se desarrollan los planes de tratamiento elaborados en función de la valoración realizada, el marco teórico del modelo de los tres pasos y la CBT para la prevención del suicidio. Cada viernes se hace una reunión de equipo para valorar la evolución de los pacientes y coordinar las intervenciones."*

Este modelo de trabajo, para que sea funcional y nos permita mantener una buena frecuentación de las consultas, limita en 80 el máximo de pacientes activos<sup>4</sup>. En un programa de seis meses de duración, esto supone entre tres y cuatro pacientes nuevos por semana y otras tantas altas de personas que finalizan el programa.

En este momento ya sabíamos cómo hacerlo, qué era lo que queríamos y lo que no, incluso ya había un modelo operativo que nos indicaba cómo ponerlo en práctica. Pero nos faltaba una parte importante: faltaba que al Sistema le pareciera bien lo que planteábamos y nos dejara hacerlo.

Y nos dejó hacerlo. Creo que fue por dos motivos:

— Las buenas compañías. En forma, en esta ocasión, de jefe de servicio: entendió y apo-

yó siempre nuestra propuesta y nuestra forma de afrontar la prevención del suicidio y convenció al Sistema de que nuestro planteamiento era el correcto.

— El momento de la negociación y el impacto de la novedad.

Hablemos un poco de este último motivo y permitidme para ello hacer un circunloquio. Hace algunos años, en mi etapa de trabajo en un gabinete privado, hice mucha terapia de pareja. Uno de los aspectos que más me interesaban eran los acuerdos «fundacionales» de la pareja<sup>5</sup>. La mayor parte de estos acuerdos son implícitos, no se forman tras una conversación, sino a través de la repetición de interacciones. Estos se normalizan en la relación y configuran lo que espera el uno del otro. ¿Quién baja la basura? ¿Cómo gestionamos el tema del dinero? ¿Qué tipo de relación tendremos con la familia política? En el sofá, ¿tumbados o sentados? Y como estas preguntas, se nos pueden ocurrir muchas más que la pareja maneja y responde en lo cotidiano sin sentirse explícitamente a hablar sobre ello.

Se negocian muchos acuerdos al principio de la relación. En ese momento es fácil introducir cambios en las pautas de interacción. Se vuelve más complejo introducir matices cuando esas pautas ya forman parte de una rutina instaurada. Por ello, las primeras etapas de una relación son claves, ya que se negocian, generalmente de manera implícita, los patrones de relación que guiarán la interacción futura.

El inicio de una unidad<sup>6</sup>, en esta misma línea argumental, es clave porque es el momento en el que el Sistema es más permeable a los

4 En caso de que sea preciso, se podría aumentar a 90. Esto afectaría, dentro de los márgenes razonables, al tiempo de espera entre consultas y a la sobrecarga de la agenda de los profesionales.

5 Para este tema no puedo evitar recomendar el libro *Contrato matrimonial y terapia de pareja* (Sager, 2010).

6 Diría incluso el «preinicio». El momento previo a la apertura de la Unidad.

acuerdos. Lo será menos cuando ya haya unos procedimientos instaurados.

## ¿QUÉ SUCEDIÓ? CRÓNICA DE LOS PRIMEROS PASOS

*Maestra quería que la vida fuera diferente, que fuera como ella la había vivido en su infancia, con los mismos valores y las mismas reflexiones. No era un querer el suyo pasivo, era un deseo intenso, fuerte y beligerante. Impositivo diría. Pero su Entorno no estaba cómodo con la beligerancia y menos con las imposiciones. Y se fueron distanciando, Entorno con su narrativa y Maestra con la suya.*

Maestra no fue capaz de salir de su propia visión, de flexibilizar su deseo o su método para obtenerlo. No pudo escuchar más allá de su propia voz. Sólo supo, o pudo, introducir más fuerza en los mismos actos. Y ya sabemos que la beligerancia no es eterna, en algún momento convive con la tristeza o desemboca en ella. Con la tristeza subió por última vez al piso de arriba de esa casa que en su día estuvo llena de Entorno.

El texto con el modelo de trabajo que aparecía en el epígrafe anterior es la última versión del mismo. Por el camino, fuimos añadiendo y quitando contenidos. Os cuento el relato del proceso, pero, antes, aclaremos aspectos clave en la organización de las agendas de trabajo en una consulta ambulatoria, pública o privada<sup>7</sup>. La lista de espera para una primera consulta en la unidad depende del número de derivaciones que reciba. Podemos hacer tres o cuatro primeras consultas a la semana. Las derivaciones van ocupando esos huecos de las

agendas. Cuantas más derivaciones haya, más tendrá que esperar la persona.

La lista de espera entre consultas, en cambio, depende principalmente del número de pacientes activos que haya.

Ourense, nuestra unidad de referencia, tenía muy abiertas las posibilidades de derivación. Le podían llegar pacientes desde diferentes dispositivos, incluida la atención primaria. Vigo es un área Sanitaria que tiene alrededor de 600.000 habitantes, muchos más que el área de referencia del PII de Ourense. Por ello, optamos por recibir derivaciones únicamente de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, las Urgencias Psiquiátricas y las Unidades de Salud Mental. El propósito era mantener el tiempo de espera hasta una primera consulta en 14 días como máximo. Nos podía derivar cualquier facultativo especialista que trabajara en las unidades antes señaladas y para ello debía cubrir un formulario con el motivo de derivación y cumplimentar un cuestionario que elaboramos *ad hoc* basándose en la teoría de los tres pasos de Klonsky (Klonsky y May, 2015; Klonsky et al., 2021).

¿Qué sucedió? Al finalizar el año 2021, diez meses después de iniciar la actividad, el tiempo de espera para una primera consulta era de 40 días. En abril de 2022 se alcanzó el máximo tiempo de espera, 59 días. Algo no estaba funcionando.

Cuando recibíamos una derivación, la persona directamente entraba en el programa de seis meses. Con el tiempo vimos que una parte menor, pero importante, de las derivaciones no cumplían con los criterios de admisión en la unidad pero el caso ya estaba aceptado. Tomamos, entonces, dos medidas: volvimos a redactar los criterios de admisión e iniciamos el sistema de triajes. Os cuento en qué consistieron ambas medidas.

7 Cuando pensemos en contextos públicos, asumamos más rigidez en los procesos.



Foto: Jeffrey Czum

Los criterios de admisión debían ser muy claros y conocidos por todo el personal que pudiera derivar. Con ello buscábamos que las derivaciones fueran más oportunas y también tener una guía clara al realizar la entrevista de triaje. Finalmente adoptamos estos criterios<sup>8</sup>:

### Criterios clínicos:

- 1/ Riesgo elevado de conducta suicida: se puede estimar el mismo por haber realizado recientemente varias tentativas suicidas, tentativa/s con alto riesgo de letalidad o presentar una ideación grave con posibilidad de paso al acto.
- 2/ No presentar un problema significativo con el abuso de sustancias<sup>9</sup>.
- 3/ Presentar una capacidad cognitiva suficiente para beneficiarse de las intervenciones que se realizan en la UPS<sup>10</sup>.
- 4/ No haber realizado dos programas íntegros con la UPS ni haber sido dado de alta de la UPS en los seis meses previos<sup>11</sup>.

8 Ya descritos cuando se explicó el «Modelo UPS Vigo».

9 Se entiende que en esos casos los/as pacientes se beneficiarán más de las intervenciones realizadas en los dispositivos especializados en drogodependencias.

10 Se valorará esto en personas con CI menor de 70 o con alguna alteración significativa en la conciencia, funciones ejecutivas, atencionales o mnésicas.

11 Se entiende que la UPS es un programa para dotar de recursos a los pacientes ante las crisis suicidas y no es un programa de intervención continua. Aumentar el número de programas que realizan los pacientes no redundará en más recursos de los ya trabajados en los dos programas previos. También entendemos que, tras el alta, hay que darle la oportunidad al paciente para que ponga en práctica los recursos trabajados y a la intervención habitual para mostrar su eficacia. Es por ello que se estipulan seis meses entre una derivación y otra a la UPS.

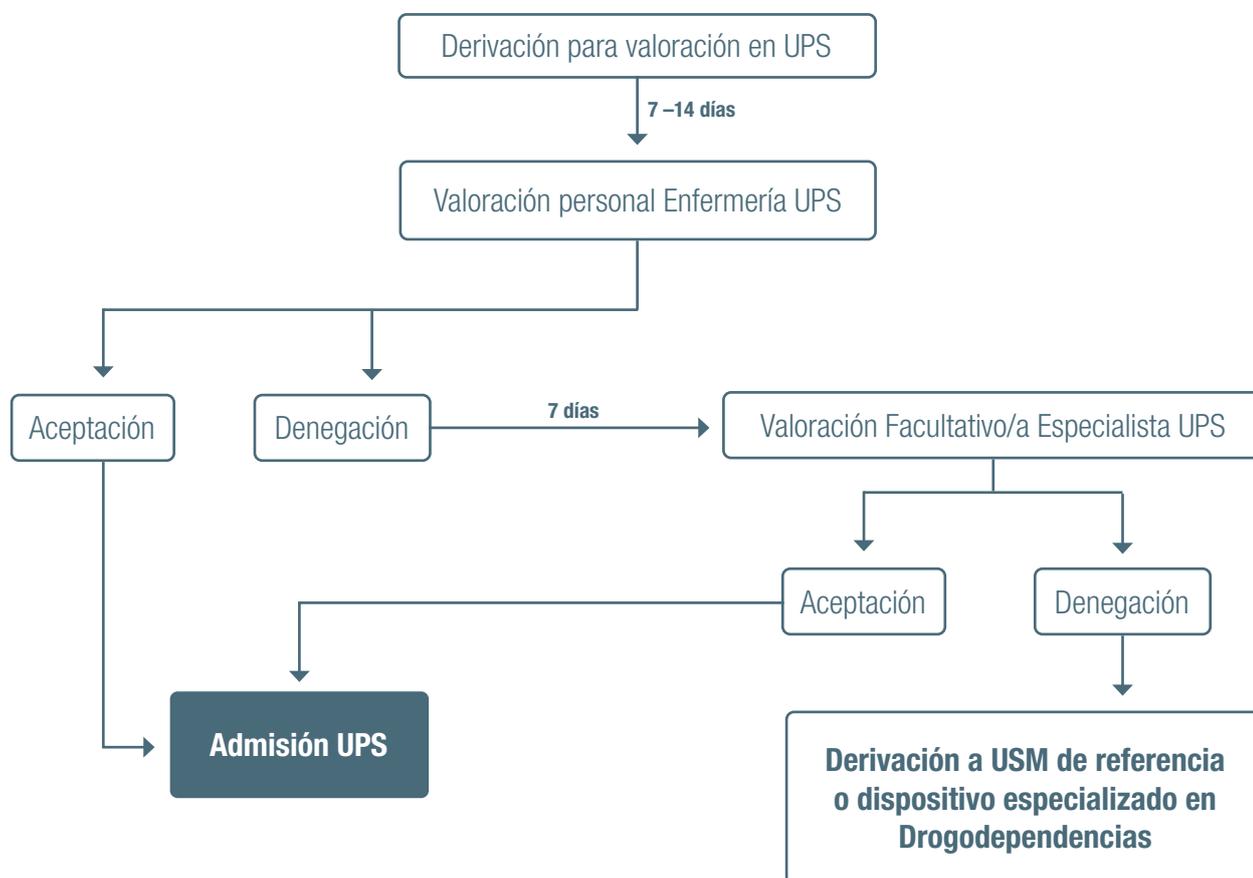
### Criterios de compromiso:

- 1/ Firmar el contrato terapéutico de la UPS de Vigo.
- 2/ Comprometerse a recurrir al teléfono de Urgencias de la UPS sólo en las condiciones que explicita el contrato terapéutico.
- 3/ Comprometerse a acudir a las citas programadas. Finalizarán el programa todas aquellas personas que no acudan a dos sesiones del programa sin avisar previamente<sup>12</sup>. Esas personas retomarán la atención ordinaria en Salud Mental.
- 4/ Aceptar tener un/a compañero/a de terapia<sup>13</sup>. En caso de que, por la situación social del paciente, esto no sea posible, el equipo de la UPS valorará si es posible realizar la intervención.

El sistema de triajes sigue el flujograma que aparece en la figura 1 y consiste en realizar una entrevista a la persona derivada para valorar si cumple los criterios antes expuestos. Este triaje lo hace el personal de enfermería en menos de siete días después de la derivación y puede ser positivo, lo que supondría la entrada en el programa, o negativo. En caso negativo el personal de enfermería informa al equipo de la UPS del criterio que valora que no cumple la persona para entrar en el programa y cita con psiquiatría o psicología clínica para repetir el triaje. El segundo triaje puede ser, de nuevo, positivo y entrar en el programa o negativo. En este último caso, la persona será derivada a su Unidad de Salud Mental o, de ser el caso, a alguna Unidad de Conductas Adictivas.

12 Se entiende por «avisar previamente» toda aquella comunicación informando que no acudirá a la consulta que se haga en los días previos o en el mismo día de la consulta.

13 Debe ser una persona de más de 18 años y que no haya padecido recientemente sintomatología psiquiátrica grave.

**Figura 1. Proceso de valoración para admisión en la UPS**

Este sistema de triajes y los conceptos claros de derivación funcionaron. La última semana de 2022, el tiempo de espera para una primera consulta era de 18 días.

¿Qué sucedió con el tiempo de espera entre consultas y con la carga asistencial? Como sabemos, esto depende del número de pacientes activos. En nuestro contexto hay cierto furor por los números de primeras consultas realizadas y revisiones hechas al mes o al año. Parece que esto le da cierto «pedigrí» al profesional que presente mejores números<sup>14</sup>. Y es com-

14 Independientemente del resultado de la intervención, de la duración de la consulta y de la satisfacción con la misma.

plejo escapar de esta inercia, de esta pasión, de esta carrera por hacer muchas consultas. De hecho, en julio y noviembre de 2021, en vez de hacer tres o cuatro primeras consultas a la semana, hicimos ocho. En abril de 2022 teníamos 112 pacientes activos en un programa diseñado para 80. En psicología clínica teníamos días con 10 u 11 personas citadas, muchas de ellas en situación de crisis.

A principios de 2022, un año después de abrir la UPS, teníamos, pues, todo aquello que queríamos evitar: listas de espera largas, agendas colapsadas y *burnout*.

La situación cambió con la apertura de espacios de reflexión conjunta en los que, más allá de posiciones de poder, se debatió sobre el es-

tado actual de la UPS y la inevitable deriva que nos mostraban los números. Esos espacios de reflexión generaron medidas concretas para revertir la situación. A saber:

- Reescribir el protocolo de la Unidad.
- Redactar de nuevo los criterios de entrada al programa.
- Implantar el sistema de triajes.
- Hacer una reunión de equipo todos los viernes.
- Ser más estrictos en la limitación del número de primeras consultas que se hacían cada semana.

Estas medidas contaron con el apoyo del jefe de servicio y se pudieron poner en práctica de una manera sencilla porque, para ello, apenas necesitábamos que participara nadie fuera del equipo. La consigna era: «Cuestiones sencillas que queramos y podamos resolver nosotros».

Esto es lo prosaico del sistema. La posibilidad de obtener algo del mismo es inversamente proporcional al número de personas implicadas en ello. Esta regla, no obstante, el sistema la pone parcialmente en suspenso en el periodo que precede a la inauguración de cualquier unidad. Una vez hecha la foto, más rígido e inaccesible se vuelve a convertir todo.

En resumen, los principales aprendizajes que obtuvimos de nuestros inicios fueron: el papel relevante de la idea fundacional, copiar a quien lo estaba haciendo bien, aprovechar la flexibilidad del sistema antes de inaugurar, aprender a pararse y no caer en inercias, encontrar la manera de avanzar apelando principalmente al «cuestiones sencillas que queramos y podamos resolver nosotros» y, finalmente y creo que la más importante, la importancia de hacer todo esto, si se puede, rodeado de buena compañía.

Para finalizar, permítidme que vuelva de lo organizativo a lo personal. Mis dudas del comienzo se han resuelto, creo que fue una buena idea participar de este proyecto. Tengo la

fantástica sensación para un trabajador de la Sanidad Pública de que llegamos a tiempo para mucha gente y que les atendemos bien. Así lo demuestran los resultados que estamos recogiendo y nos lo hacen saber a menudo con palabras que nos otorgan un peso grande en las mejorías y que nos empeñamos en minimizar porque, si nos atribuimos en exceso el éxito, también lo deberíamos hacer con los finales no deseados. Creo también que mi trabajo en la UPS alude más a crisis existenciales que a síntomas psicopatológicos y hablamos mucho más sobre razones para vivir, valores personales y proyectos futuros que sobre triadas cognitivas o estímulos fóbicos. Y, sorprendentemente, compañeras y compañeros, me encuentro cómodo ahí.

## BIBLIOGRAFÍA

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, 294(5), 563–570. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563>

Brown, G.K., Henriques, G.R., Ratto, C., & Beck, A. T. (2002). *Cognitive Therapy Treatment Manual for Suicide Attempters*. Philadelphia. University of Pennsylvania.

Cai, Z., Junus, A., Chang, Q., & Yip, P. S. F. (2022). The lethality of suicide methods: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 300, 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.054>

D'Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G., & Martin, C. (2019). Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. *Annals of internal medicine*, 171(5), 334–342. <https://doi.org/10.7326/M19-0869>

Gordon R. S., Jr (1983). An operational classification of disease prevention. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 98(2), 107–109.

Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological medicine*, 36(9), 1225–1233. <https://doi.org/10.1017/S003329170600780X>

Henriques, G., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2003). Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1258–1268. <https://doi.org/10.1177/0002764202250668>

Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>

Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A., & May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Preventive medicine*, 152(Pt 1), 106549. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, 72, de 25 de marzo de 2021. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>

Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *The American journal of psychiatry*, 178(7), 611–624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>

Pashak, T. J., Percy, C. S., Trierweiler, E. J., Bradley, S. M., Conley, M. A., & Weaver, J. S. (2022). Awareness isn't saving lives: An experimental exploration of suicide risk reduction methods for emerging adults. *Suicide & life-threatening behavior*, 52(4), 740–751. <https://doi.org/10.1111/sltb.12857>

Reijas Ruiz, T., Ferrer Gómez del Valle, E., González García, A., y Iglesias Abellás, F. (2013). Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(5), 279-286

Rodríguez-Otero, J. E., Campos-Mouriño, X., Meilán-Fernández, D., Pintos-Bailón, S., & Cabo-Escribano, G. (2022). Where is the social in the biopsychosocial model of suicide prevention? *The International journal of social psychiatry*, 68(7), 1403–1410. <https://doi.org/10.1177/00207640211027210>

Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberg, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., Williams, S. R., Arne, K. A., Breitbart, J., Delano, K., Wilkinson, E., & Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *The American journal of psychiatry*, 172(5), 441–449. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070843>

Sager, C. J. (2010). *Contrato matrimonial y terapia de pareja*. Amorrortu.

Servizo Galego de Saúde. (2020). *Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19 2020-2024*. [https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/14102/Plan\\_saude\\_mental\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/14102/Plan_saude_mental_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>

Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior modification*, 32(1), 77–108. <https://doi.org/10.1177/0145445507304728>

Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Zalsman, G., Zemishlany, Z., Carli, V., & European Psychiatric Association. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 27(2), 129–141. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.06.003>

Xunta de Galicia (2017). *Plan de Prevención do Suicidio en Galicia*.

# REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

REHABILITACIÓN  
PSICOSOCIAL A  
TRAVÉS DE LA  
CREATIVIDAD Y  
DEL EMPLEO PARA  
PERSONAS CON  
DIAGNÓSTICO  
DE ENFERMEDAD  
MENTAL GRAVE. DE  
LOS COMIENZOS  
DEL PROYECTO  
HASTA EL DÍA DE  
HOY

**Participantes de Andaina PSM**

**María López Piñeiro**

*Psicóloga Sanitaria*

**Equipo de profesionales de  
Andaina PSM**

[psicologia@andainapsm.org](mailto:psicologia@andainapsm.org)

SUMARIO

GALLEGO

## RESUMEN

Andaina Pro Saúde Mental (PSM) es una asociación sin ánimo de lucro que acompaña a personas diagnosticadas con Trastorno Mental Grave (TMG) en su proceso de rehabilitación psicosocial y laboral. Abordamos la salud mental desde una perspectiva integral para contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas y sus familias a través de la provisión de apoyos y la facilitación de su inclusión social y laboral. Desde hace más de una década hacemos uso de la creatividad y el empleo como herramientas rehabilitadoras. La creatividad constituye un elemento de relevancia para el bienestar individual y supervivencia social, ya que permite al individuo adaptarse a una sociedad cambiante. En nuestra práctica clínica, testimoniamos los beneficios que el desarrollo laboral y la creatividad acercan a los/a las usuarios/as (beneficios consensuados por la comunidad científica). Las personas participantes en los talleres (arte, creación textil, radio y prensa escrita) y de nuestro Centro Especial de Empleo (CEE), dan fe de ello. Con este artículo, pretendemos acercar la creatividad y el empleo como herramientas rehabilitadoras, así como los beneficios de las mismas de la mano de los propios participantes.

**PALABRAS CLAVE** — salud mental; creatividad; rehabilitación; trastorno mental grave; empleo protegido.

## ABSTRACT

Andaina Pro Saúde Mental (PSM) is a non-profit association that accompanies people diagnosed with Severe Mental Disorder (SMD) in their psychosocial and labor rehabilitation process. We approach mental health from an integral perspective in order to contribute to the improvement of the quality of life of people and their families through the provision of support and the facilitation of their social and employment inclusion. For more than a decade we have been using creativity and employment as rehabilitative tools. Creativity is an element of relevance for individual well-being and social survival, as it allows the individual to adapt to a changing society. In our clinical practice, we testify to the benefits that employment development and creativity bring to the users (benefits agreed upon by the scientific community). The participants in the workshops (art, textile creation, radio and written press) and in our Special Employment Centre attest to this. With this article, we pretend to approach creativity and employment as rehabilitative tools, as well as their benefits from the vision of the participants themselves.

**KEY WORDS** — mental health; creativity; rehabilitation; severe mental disorder; protected employment.

## PRESENTACIÓN

Andaina Pro Saúde Mental (PSM) es una asociación sin ánimo de lucro que nace en el año 2010 para promover la salud mental comunitaria, prestar apoyo a personas con problemas de salud mental y promover la defensa de sus derechos. Está conformada por un colectivo de personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG), por sus familias y personas próximas, y su ámbito de actuación son las comarcas rurales de Ordes y Ulla-Sar. Además, cuenta con un centro especial de empleo, situado en Dodro, donde se elaboran, entre otros productos, zumos y sidra de forma artesanal.

Andaina PSM lleva también a cabo diversos programas en el ámbito comunitario con la finalidad de promover la salud mental en la comunidad de los ayuntamientos rurales del área sanitaria de Santiago y Barbanza. Entre estos programas encontramos, Atención Domiciliaria, Ocio e Integración Comunitaria, Igualdad, Prevención del Suicidio, Sensibilización Social y Voluntariado.

En los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPL), en Dodro y Ordes, se realiza un acompañamiento de carácter integral para el mantenimiento y la recuperación de capacidades y habilidades. Esta atención es llevada a cabo por un equipo profesional multidisciplinar, mediante el desarrollo de actividades grupales y una atención psicosocial individualizada.

## CREATIVIDAD Y SALUD MENTAL

Aristóteles consideraba la creatividad como un proceso racional originado en la naturaleza y, por tanto, basada en leyes naturales (Chávez y del Carmen Lara, 2000).

Tras él, el interés por su estudio fue en aumento. La heterogeneidad en las definiciones

de la creatividad se debe a que fue estudiada desde diferentes perspectivas (López-Fernández y Llamas-Salguero, 2018). Un ejemplo de ello sería, desde la psicología, Guilford, quien defendía su investigación y evaluación al igual que se hacía con la inteligencia; estableciendo una importante relación entre estos dos conceptos (González y Novoa, 2020).

Aunque la creatividad fue estudiada como un constructo aislado, también comenzó a investigarse en relación a la psicopatología. En 1985, Silverman intentó explicar la convergencia entre trastornos afectivos y genialidad, postulando que el sujeto creativo elabora nuevas ideas durante la depresión y las realiza durante la hipomanía, por lo que propone emplear terapias «creativas», como pintar o escribir, para ampliar sus perspectivas para solucionar sus conflictos (Chávez y Carmen Lara, 2000).

Aunque muchos autores relacionan la creatividad y la psicopatología, aún no se conoce el porqué de esta asociación ni el tipo de relación que hay entre ambas. A día de hoy, existen muchas preguntas sin respuesta para las que no bastan los estudios de casos o de tipo anecdótico; es necesario investigar específicamente estos interrogantes con mayor rigor.

A la espera de nuevas investigaciones y resultados concluyentes, en nuestra práctica profesional constatamos los beneficios que el desarrollo de la creatividad tiene en la salud mental. Así, más allá de la línea metodológica y de la gravedad de los problemas de salud mental sobre los que intervenimos, poner a disposición de los/as usuarios/as diferentes herramientas de intervención creativa, favorece el bienestar, la autodeterminación y el desarrollo personal.

En nuestra asociación, el taller textil, la realización de una sección de radio y otra de prensa escrita o el taller de arte, son algunas de las actividades creativas a través de las cuales complementamos nuestro trabajo terapéutico.

## La arteterapia en el proceso rehabilitador: taller de pintura

La aplicación de arteterapia para atender las patologías psiquiátricas se viene expandiendo desde mitad del siglo XX. Fue entonces cuando ciertos movimientos culturales y científicos propiciaron verdaderos cambios en la percepción de la salud y de la enfermedad, así como del arte (Coll Espinosa, 2016).

El artista Adrian Hill fue quien, en 1942, acuñó el término de «arteterapia», tras estar ingresado en 1938 en King Edward VII Sanatorium por causa de una tuberculosis. Por medio de procesos creativos, Hill exploró sus vivencias y encontró una forma para su recuperación emocional. Publicó su primera obra en 1943 (González y Novoa, 2020).

Numerosos autores y autoras, entre los que se encuentran Margaret Naumburg, Edith Kramer o Tessa Dalley (Coll Espinosa, 2016); defendieron, a lo largo del siglo pasado, la utilización del proceso de creación artístico como una herramienta no solo de evaluación, sino de intervención terapéutica, destacando los efectos positivos que esta tenía en sus pacientes.

En la actualidad, entidades como la Asociación Americana de Arte Terapia, la British Association of Art Therapists (Coll Espinosa, 2016) o el Sistema Nacional de Salud, que editó en 2009 la *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave* (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009, guía pendiente de revisión), definen la arteterapia desde diferentes perspectivas, pero convergen en su incorporación al proceso rehabilitador de personas con problemas de salud mental.

Cuando hablamos de arte nos referimos a la expresión artística en su sentido más amplio, abarcando diferentes disciplinas (pintura, escritura, danza, escultura, teatro, etc.) que llevan implícito un proceso creativo. Su desa-

rollo en el campo de la investigación psicológica, educativa y médica fue consolidando un cuerpo teórico importante que relaciona el arte con el bienestar de las personas y la salud. Así, numerosas investigaciones constatan la arteterapia como un dispositivo que promueve el crecimiento personal en todas sus dimensiones: emocional, cognitiva, social y física (Dumas y Aranguren, 2013; Coll Espinosa, 2016; González y Novoa, 2020; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave de Salud, 2009).

Una de las fundadoras de Andaina PSM, experta en arte y voluntaria, decidió hace más de diez años utilizar su pasión como actividad rehabilitadora. Así, surgió el taller de pintura, taller semanal en el que los/as usuarios/as de la entidad hacen uso de su capacidad creativa y artística con el apoyo de las educadoras sociales. Dar la oportunidad de expresarse mediante la técnica de acrílico sobre papel, tabla o sobre lienzo, permite fomentar la autodeterminación, la introspección y el apoyo mutuo.

Las obras de arte resultantes son expuestas en el propio centro y en exposiciones itinerantes en espacios comunitarios, centros de Atención Primaria, cafeterías, etc. El dinero recaudado se destina a los/las artistas y al material para la creación de nuevas obras. En la página web de la asociación se muestran las obras disponibles (<https://andainapsm.org/>).

## Desarrollo de la autodeterminación a través del proceso creativo: taller textil

Los conceptos «autodeterminación» y «calidad de vida» ocuparon un lugar preferente en las prácticas innovadoras en salud mental de los últimos años. La relación entre ambos conceptos se hizo evidente cuando, a partir de la década de los 90, Schalock incluyó la autodeterminación como una de las dimensiones

clave en su modelo de calidad de vida (Verdugo y Martín, 2002).

Desde entonces, comenzó a tenerse en cuenta la percepción subjetiva de las personas en el diseño, planificación y evaluación de los programas de intervención con el fin de mejorar sus condiciones de vida y potenciar los resultados terapéuticos. La toma de decisión con respecto a los objetivos y los apoyos, así como su temporalización y el control personal sobre los recursos, son condición crucial para una rehabilitación con éxito y una planificación centrada en la persona (PCP).

Fue en junio de 2020 cuando una usuaria, en colaboración con la educadora social, propuso diseñar y crear bolsos y camisetas sobre la base de sus conocimientos profesionales previos y ante la suspensión del taller de radio debido a la COVID-19. La propuesta del taller textil fue bien acogida por el equipo de profesio-

sionales y comenzó a interesar a otras mujeres usuarias de la entidad (actualmente cuenta con cuatro integrantes).

Se trata de un taller autogestionado que busca apoyar la autonomía y la competencia personal y, como fin último, mejorar la calidad de vida y potenciar el proceso rehabilitador. Son las participantes del taller quienes deciden qué artículos producen, quienes gestionan los encargos y guían los talleres. Las profesionales únicamente supervisan y prestan apoyo cuando se demanda. El sentido de elección, el trabajo en equipo, la expresión y gestión emocional, así como las oportunidades para una autodirección, son la base sobre la que se sustenta la organización del taller textil.

Los artículos producidos se exponen en nuestro CRPL de Ordes, en diversas ferias artesanales, así como en la propia web de Andaina PSM.



Foto cedida por la asociación

## **El proceso creativo en los medios de comunicación: taller de prensa escrita y radio**

Los medios de comunicación son probablemente uno de los mayores agentes cristalizadores y difusores de tendencias sociales. En ocasiones son, por ello, responsables de la perpetuación de estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias (Muñoz et al., 2011).

En lo referente a la salud mental, podemos considerarlos una de las principales fuentes de conocimiento a disposición de los ciudadanos (Organización Mundial de la Salud, 2001). Dada su capacidad de influencia, es esencial conocer cuál es el papel de la televisión, la prensa escrita o la radio en la transmisión de los estereotipos, actitudes y prejuicios negativos frecuentemente asociados a la enfermedad mental crónica. Los resultados de investigaciones en nuestro país muestran un contraste entre la escasa presencia de información relacionada con salud mental en los principales medios de comunicación, incluso vinculando la enfermedad mental con actos violentos o delictivos u otros contenidos de carácter negativo, y la utilización abusiva de términos relacionados con patología mental. Tales términos o expresiones a menudo se utilizan de forma incorrecta o con un tono peyorativo y éticamente inaceptable (Muñoz et al., 2011).

El miedo, la incompreensión y los prejuicios contribuyen al estigma, a la exclusión social y a la discriminación sobre personas cuya salud mental se vio comprometida. Así, con la intención de visibilizar la asociación, sensibilizar e informar sobre salud mental, se fomenta la creatividad a través de la colaboración en un programa de radio y una columna en prensa local. El contenido de ambas publicaciones es creado o seleccionado en la mayoría de las ocasiones por las personas participantes (empleando los apoyos profesionales que ellas consideran necesarios).

En relación a las columnas de prensa escrita, estas se publican mensualmente en Diario

Crónicas, diario comarcal de la zona de Ordes. Una de las secciones se orienta a temas de actualidad, crítica social y desestigmatización de la enfermedad mental, y la otra se destina a la poesía. Ambas secciones son redactadas íntegramente por participantes del CRPL.

El espacio radiofónico Andaina PSM se puede escuchar cada lunes en Radio Valga (107.4 FM) de 12:15 a 12:45 horas. Las personas participan en pequeños grupos de seis o siete y cada una de ellas realiza una pequeña sección en directo. El contenido de las mismas versa sobre: humor, salud mental, bienestar, actualidad y feminismo.

## **Fases de la arteterapia y proceso reha-bilitador.**

Las actuaciones realizadas en las fases creativas de los talleres de pintura, textil, de radio y prensa escrita, traen consigo los siguientes beneficios (Fernández y Llamas-Salguero.,2018):

### **— Fase de preparación**

Reflexión y toma de decisión sobre el contenido de las secciones. Se estimulan las funciones de la corteza prefrontal, percepción y atención. En esta fase los beneficios se observan a nivel de autodeterminación, orientación a la realidad y mantenimiento de capacidades cognitivas.

### **— Fase de incubación:**

El trabajo engloba tareas de búsqueda de información, identificación, selección, almacenaje y clasificación de la misma, estimulando así funciones cognitivas como la memoria, funciones ejecutivas y estructuras como el hipocampo y la corteza prefrontal. Se trabaja el manejo de TICS y distintas fuentes de información. Apreciamos mejoras en la capacidad de abstracción, organización y síntesis, toma de decisión y flexibilidad mental.

— **Fase de iluminación:**

Planificación y composición de la sección. Trabajamos técnicas de redacción, comunicación, tolerancia a la frustración y búsqueda de soluciones. Se fomenta la autonomía, aunque se prestan los apoyos necesarios teniendo en cuenta las necesidades individuales.

— **Fase de verificación:**

Se supervisa y perfecciona el contenido y la estructura de las secciones. En el caso del programa de radio se realizan varios ensayos antes de entrar en directo. Trabajamos áreas motoras, visuales y auditivas, y los centros del lenguaje; así como áreas relacionadas con funciones ejecutivas, monitorización de la conducta y solución de problemas. En esta fase apreciamos los beneficios en el manejo de la tensión y estrategias de afrontamiento, además de la mejora de la imagen personal y la autoestima.

Más allá de la bibliografía existente y nuestra visión profesional, la experiencia de los/as participantes de nuestra entidad da fe de los beneficios que conlleva para su realización personal y bienestar emocional el fomento de la creatividad en los diversos talleres, así como su inclusión en el mundo laboral.

## EMPLEO Y SALUD MENTAL

En Andaina PSM contamos con un CEE, Andaina Pro Saúde Mental Empleo SLU. Se trata de una sociedad anónima unipersonal dependiente de la asociación promotora Andaina PSM, dedicada a la elaboración de zumos, sidras y otras bebidas aromatizadas.

En la actualidad, además de trabajar en nuestra propia fabricación, trabajamos para otras empresas como envasadores, en la gestión de almacén y en la logística (envío de pedidos). Contamos con seis personas contratadas (cinco de las cuales tienen su salud mental

comprometida), con una media de 15 horas semanales. La calidad de los productos elaborados proporciona a los/as empleados/as un sentimiento de orgullo y adhesión al proyecto que tiene un papel protagonista.

Este proyecto nace a partir de la coexistencia de tres realidades:

Por una parte, la situación de desventaja social que sufren las personas con discapacidad, ya sea de origen físico, psicológica o psiquiátrica; a la hora de acceder al mercado laboral ordinario. Además, las personas con trastorno mental de zonas rurales sufren una doble discriminación, social y estructural, que limita sus oportunidades de acceso a servicios, formación y empleo, así como a las alternativas culturales y de ocio integradoras.

Por otro lado, nuestra visión holística de la rehabilitación, teniendo en cuenta todas las dimensiones de la persona (física, psicológica, social y laboral) para un desarrollo integral. Entendemos el empleo como una llave a la integración y participación plena en la comunidad, como un elemento importante para el desarrollo de la autonomía e independencia y, además, un promotor de la identidad y responsabilidad personal y autoestima. Tiene, por tanto, un valor social, económico y psicológico. Partimos de la adaptabilidad del puesto a las necesidades cambiantes de la persona, sin obviar el desarrollo de habilidades por parte de esta para el desempeño y el mantenimiento de una productividad satisfactoria para todos los agentes implicados.

Por último, trabajando en el ámbito rural somos conocedores de las necesidades y dificultades específicas de esta población. Así, año tras año veíamos cómo se desperdiciaban cosechas en el campo y creemos necesario darles un valor añadido, aumentar su valor en el mercado, e incrementar la productividad económica en el rural.

En base a lo anterior, comenzamos a explorar el mundo de la transformación de frutas tan-

to en zumo como en conserva con el objetivo de mejorar la empleabilidad y complementar la intervención terapéutica de las personas a las que apoyamos. Entre 2014 y 2017, como resultado de varias capacitaciones, las personas participantes en el proyecto adquirieron conocimientos en este campo y logramos que personas expertas en el sector agroalimentario se sumaran al mismo.

En mayo de 2017, nace Andaina Pro Saúde Mental Empleo SLU, aunando el sector de la salud (inserción laboral) y la economía circular (aprovechamiento de alimentos) y productiva (creación de empleo en zonas rurales). En este mismo año, además de la constitución legal y otros trámites administrativos relacionados con la empresa, se lograron dos hitos fundamentales para el lanzamiento del proyecto: conseguir los registros sanitarios permanentes (registro de zumos y otras conservas vegetales y bebidas fermentadas), para lo que fue necesario realizar adaptaciones en las instalaciones y material utilizado, además de cumplir con la documentación y procedimientos de fabricación y seguridad alimentaria; y, por otro lado, la catalogación de la Xunta de Galicia como Centro Especial de Empleo sin Fines de Lucro.

Fue entonces cuando comenzamos a vender nuestra propia producción bajo la marca «Andaina» a comercios, bares y cualquier establecimiento interesado. El crecimiento fue lento, sin prácticamente ninguna asignación presupuestaria, teniendo, por tanto, que utilizar los recursos disponibles de la asociación promotora.

En 2022 alcanzamos una facturación de 30.000 € (un aumento del 54% respecto al 2021) y 2.693 horas de trabajo para personas con diagnóstico de TMG (un aumento del 13% respecto al 2021). Estas estadísticas muestran el crecimiento y consolidación del proyecto que permitió implementar mejoras técnicas para ser más eficientes y competitivos, y así fortalecer el equipo de trabajo con

mejoras en la jornada laboral y aumento de personal.

En lo que respecta al futuro, creemos que el modelo de negocio basado en el servicio de fabricación para otras empresas o cooperativas nos permitirá seguir creciendo. Para eso contamos con las autorizaciones sanitarias pertinentes (también el registro para la elaboración de bebidas aromatizadas) y una capacidad de producción media, lo que permite producir a empresas que no tienen el volumen de producción exigido por grandes naves de envasado industrial.

## RELATOS EN PRIMERA PERSONA DE ESTAS EXPERIENCIAS

### Taller de arte

Algunas de las personas participantes en la entidad, cuentan su experiencia utilizando el arte, en este caso la pintura, como herramienta rehabilitadora:

*«En el taller de pintura me siento más realizado.»*

*«Cuanto más pinto, mejor me siento.»*

*«Puedo expresar mis problemas pintando.»*

*«Me siento muy bien con mis compañeros, son maravillosos.»*

*«En pintura me siento cómodo y feliz.»*

*«Estoy cómodo, me siento muy bien.»*

*«Me siento relajada pintando.»*

*«Yo soy participante del taller de pintura en Andaina Pro Saúde Mental que se imparte los martes por la tarde. En él aprendemos a pintar cuadros. La clase de pintura la imparte una voluntaria: Omaira, que siempre nos dice que a pintar se aprende pintando. Los cuadros que pintamos pueden ser imitaciones de una lámina o bien ser obras originales. Pintamos sobre lienzo de tela con pintura acrílica. Aunque últimamente estoy*



Fotos cedidas por la asociación

*experimentando con acuarela sobre papel. De hecho, en el taller tenemos mucha libertad de acción. Hay compañeros a los que les cuesta más pintar cuadros y prefieren colorear dibujos con lápices de colores. También escuchamos música y le damos al “palique”. Participamos de un espacio de entretenimiento y confraternización. Es una manera de pasar una buena tarde en buena compañía. También merendamos y cuando hay un cumpleaños lo celebramos entre todos. En ocasiones, hacemos exposiciones con nuestras obras, por ejemplo, ahora tenemos cuadros expuestos en el Centro Médico de Ordes. Nuestras obras se pueden adquirir dando un donativo que sirve para comprar material artístico. Yo, en particular, estoy muy satisfecho con el taller ya que tengo cierta vocación artística y pienso que no se me da mal. De hecho, creo que podría dar yo la clase. Acudir los martes a pintar me ayuda a sentirme bien mentalmente y también es una manera de autorrealización».*

Suscribiendo las palabras de la experta en arte que guía este taller:

*«... estaba convencida de que a mis alumnos que nunca habían cogido ni pincel ni pintura seguramente les vendría bien como actividad rehabilitadora. Me había formado con profesores, en talleres, y tenía experiencia en la técnica del dibujo y con el acrílico y el óleo. Con ilusión y ganas propusimos iniciar el taller de pintura. Mis alumnos empezaron desde cero y, clase tras clase, todos y cada uno de ellos y en la medida de sus capacidades fueron mejorando. Su autoestima se desarrolló al lado de sus obras. Entre ellos mismos se exponen sus creaciones y reciben la ovación por el esfuerzo. Ni qué decir cuándo acudimos a exposiciones y las obras son apadrinadas, recibiendo un donativo para colaborar con el pintor y con los fondos que permiten continuar con el taller. Tenemos exposición permanente en nuestras dos sedes y soñamos con seguir mostrando donde nos acojan todas las obras de mis maravillosos alumnos. Tengo que reconocer que recibo más de lo que doy, es lo que tiene el voluntariado, mis alumnos me aportan el momento más feliz de la semana».*

## Taller Textil

En palabras de la usuaria responsable del taller Textil:

*«Este taller es creativo y autodidacta, aprendemos visionando tutoriales y también de nuestras antiguas ocupaciones. Decoramos camisetas, bolsas y creamos complementos (monederos, estuches, neceseres, etc.). Con la única ayuda de un hierro y una máquina de coser. La asociación acerca un espacio para desarrollar la actividad. A cambio, nosotras aportamos contribuir a la visibilización de Andaina con nuestros productos. Como beneficios destacamos la adquisición de una rutina y el trabajo en grupo, cooperativo. Con este taller ejercitamos la autonomía, la responsabilidad, socializamos y estamos entretenidas. Nos sirve como estrategia de relajación y expresión emocional con el grupo».*

## Taller de Radio y Prensa

Un participante en la sección de radio y autor de una de las columnas de prensa relata su experiencia en ambos talleres:

*«En los últimos años, tanto los profesionales de la salud mental como las entidades que trabajan con personas con enfermedad mental llegaron a la conclusión de que nuestra estabilidad emocional y física no puede depender solamente de la base —que sí es importantísima— de la medicación. Somos personas con las mismas necesidades que la gente sana. Ya es inconveniente de sobra que la mayoría de nosotros no tengamos acceso al mercado laboral, como para tener también limitaciones (por parte de las instituciones y de la sociedad en general) a derechos fundamentales que nos ayuden a tener una calidad de vida mínimamente exigible.*

*Andaina PSM buscó la manera de que podamos comunicar a la sociedad nuestras inquietudes y nuestra opinión de lo que pasa en el mundo. ¡No somos ajenos a lo que nos rodea! ¡No vivimos en una realidad paralela y lejana a la vida real! Las actividades de prensa y radio son una herramienta estupenda para posibilitar la valiosísima oportunidad de comunicar nuestras inquietudes, similares a las de una persona sana y, de paso, romper con todas las estigmatizaciones que hacen que la ciudadanía nos vea con una mezcla de temor y desconfianza. La radio y la televisión pueden remediar*



Fotos cedidas por la asociación

*la visión negativa que ellos mismos, a veces, favorecen, cuando estamos en el foco por hechos muy desagradables protagonizados por personas con enfermedad mental (o no), ¡la mayoría de nosotros no somos así!*

*Los medios de comunicación nos sacan de nuestro aislamiento social. No somos unos “pobriños” que sufrimos en silencio en nuestros hogares, esos tiempos, por suerte, ya pasaron a mejor vida».*

### Centro especial de empleo

Por último, uno de los participantes en el CRPL relata lo que significa para él trabajar en la CEE Andaina PSM:

*«Empecé a trabajar en la CEE hace un año y medio como Auxiliar Administrativo. Para mí la CEE significó algo muy importante que me permitió avanzar. Marcó el cambio al volver a mi vida laboral, volver a sentirme útil y capaz de realizar un trabajo. Me ayudó a tener una rutina diaria lo que contribuyó a mi estabilización, además de salir de casa y socializar, ya no solo con los compañeros, también con repartidores, proveedores... Otro punto es el sueldo, que en mi caso me ayuda a afrontar los gastos para vivir de manera más independiente. Por último, pero no menos importante, agradezco estar en el puesto que estoy, donde se me trata espectacularmente bien, tanto los compañeros como el jefe. No creo poder estar en un lugar mejor».*

## CONCLUSIONES

Los modelos de calidad de vida en el ámbito de la salud mental cambiaron sustancialmente con el paso de los años. Muchos programas de rehabilitación, así como diversas intervenciones terapéuticas, no se preocupaban por incidir sobre el nivel de autonomía de las personas, ni tenían en cuenta las opiniones, deseos o necesidades de las mismas. A partir de la reforma psiquiátrica y del movimiento de desinstitucionalización, se empezó a hablar de la perspectiva del paciente (Verdugo y Martín, 2002). Incluir la opinión, ideas y prioridades de los/as usuarios/as en el diseño y planifica-

ción de programas de intervención favorece la autodeterminación y motivación, lo que potencia los resultados terapéuticos.

Los talleres que aquí presentamos hacen uso de la creatividad como herramienta rehabilitadora y, además de los resultados de la amplia bibliografía existente, la experiencia de las personas con las que trabajamos corrobora los beneficios que su utilización lleva.

El trabajo, por otro lado, además de ser un derecho de todas y todos, genera beneficios significativos en la vida de quien lo desarrolla. Las personas que trabajan en la CEE de Andaina PSM narran cómo desarrollar un rol laboral comporta una mejoría tanto en su salud mental como en su calidad de vida.

Así, en base a lo anteriormente expuesto, apostamos por una intervención centrada en la persona que favorezca la creatividad, la autodeterminación y la posibilidad de un desarrollo integral (biológico, psicoemocional y sociolaboral) de nuestros/as usuarios/as.



Foto cedida por la asociación

## BIBLIOGRAFÍA

Chávez, R. A., & Lara, M. D. (2000). La creatividad y la psicopatología. *Salud Mental*, 23(5), 1-9.

Coll Espinosa, F. J. (2016). *Aplicación de la arteterapia en el desarrollo de capacidades asociativas y cognitivas en personas con discapacidad psíquica*. [Tesis Doctoral, Universidad de Murcia]. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/47943/1/Francisco%20Jes%20c3%bas%20Coll%20Espinosa%20Tesis%20Doctoral.pdf>

Dumas, M., & Aranguren, M. (2013). *Beneficios de la arteterapia sobre la salud mental. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Fernández, V., & Llamas-Salguero, F. (2018). Neuropsicología del proceso creativo: un enfoque educativo. *Revista Complutense de Educación*, 29(1), 113-127. <https://doi.org/10.5209/RCED.52103>

González, A. B., & Novoa, S. a. G. (2020). Revisión bibliográfica en idioma español sobre la arteterapia como herramienta psicoterapéutica. *Informes Psicológicos*, 20(2), 55-65.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social*. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_453\\_TMG\\_ICS\\_resum.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_453_TMG_ICS_resum.pdf)

Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillén, A.I. & Izquierdo, S. (2011). La Enfermedad Mental en los Medios de Comunicación: Un Estudio Empírico en Prensa Escrita, Radio y Televisión. *Clínica y Salud*, 22(2), 157-173.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.

Verdugo, M. A. & Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25(4), 68-77.

# SINHOGARISMO

INTERVENCIÓN  
SOCIAL EN  
SINHOGARISMO.  
MARCO  
CONCEPTUAL  
BÁSICO Y LÍNEAS  
DE ACTUACIÓN

**Pablo Sánchez Ferreira**

*Trabajador Social de la Cocina Económica  
de A Coruña y Profesor-Tutor del Grado  
de Trabajo Social del Centro Asociado a la  
UNED de A Coruña*

[pablo@cocinaeconomica.org](mailto:pablo@cocinaeconomica.org)

SUMARIO

CASTELÁN

## RESUMEN

El Sinhogarismo es un fenómeno social estructural que se ha instaurado en las sociedades avanzadas y, sobre todo, en entornos urbanos. Las Personas Sin Hogar (PSH) son las protagonistas de este fenómeno y no siempre se muestran «visibles» a los ojos del resto de ciudadanos. Es decir, el Sinhogarismo tiene diversas formas que van desde la exclusión residencial a las situaciones de calle, las cuales han sido recogidas y clasificadas en la *Tipología Europea de Sinhogarismo y Exclusión Residencial* (ETHOS). El conocimiento del marco teórico y metodológico del Sinhogarismo se revela como imprescindible de cara a la atención y la intervención profesional con las personas que están sin hogar. Será la aplicación de dicho marco a la praxis profesional la que nos permitirá desarrollar líneas de actuación adaptadas a cada servicio y a cada territorio, teniendo siempre de referencia los principales modelos de intervención: Escalera, Housing Led y Housing First.

**PALABRAS CLAVE** — Servicio, territorio, salud, alojamiento, recursos económicos.

## ABSTRACT

Homelessness is a structural social phenomenon that has become established in advanced societies, especially in urban environments. Homeless people are the protagonists of this phenomenon and are not always “visible” in the eyes of other citizens. In other words, homelessness takes various forms, ranging from residential exclusion to street situations, which have been collected and classified in the *European Typology of Homelessness and Housing Exclusion* (ETHOS). Knowledge of the theoretical and methodological framework of homelessness is essential for the care and professional intervention with homeless people. It will be the application of this framework to professional practice that will allow us to develop lines of action adapted to each service and each territory, always taking the main intervention models as a reference: Staircase Model (or Housing Ladder), Housing Led and Housing First.

**KEY WORDS** — Service, territory, health, accommodation, economic resources.

## INTRODUCCIÓN

En las dos primeras décadas del siglo XXI, se ha podido constatar que el Sinhogarismo es un **fenómeno social que ha adquirido la condición de estructural**, al igual que la pobreza y la exclusión social.

Las Personas Sin Hogar representan un colectivo que forma parte de las actuales *sociedades avanzadas* cada vez más presente en nuestras ciudades, pero que en muchos casos no identificamos como tales gracias, sobre todo, a la existencia de **recursos y servicios asistenciales** (albergues, comedores sociales, unidades de higiene personal...), que han conseguido romper con el estereotipo del «mendigo», «vagabundo», «indigente», «transeúnte» y demás denominaciones que las personas pertenecientes a este grupo de población han recibido principalmente en la segunda mitad del siglo XX.

Cuando decimos que estamos ante un fenómeno social de carácter estructural, nos referimos a que la existencia de este colectivo no

es algo coyuntural que ha surgido por unas condiciones circunstanciales en un período de tiempo determinado. Al contrario, la razón de ser de este grupo de población se ha ido fraguando a raíz de **la evolución de la configuración de la estructura social de las sociedades actuales** y, paradójicamente, también de aquellas que presentan los niveles más elevados de avance y progreso.

Actualmente, **nuestras sociedades están determinadas por la desigualdad**, sobre todo en el plano socioeconómico, y es precisamente esa falta de igualdad y de oportunidades donde germinan la pobreza y la exclusión social, en la mayor parte de los casos, antesala de la condición de sin hogar.

Este artículo tiene como objetivo acercar el fenómeno del Sinhogarismo a aquellos estudiantes y profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales, psiquiatras...) que, de manera directa o indirecta, estarán o están relacionados con esta realidad. Para ello, haremos una aproximación conceptual y metodológica a este «hecho social» y propondre-



Persona Sin Hogar durmiendo en la calle de una ciudad. Fuente: [www.cadenaser.com](http://www.cadenaser.com)



Una mujer en situación de Sinhogarismo se protege del sol bajo una sombrilla. Fuente: [www.elespanol.com](http://www.elespanol.com)

mos una sencilla línea de actuación aplicable en cualquier ámbito de la intervención social con PSH.

## SINHOGARISMO Y LAS PERSONAS QUE ESTÁN SIN HOGAR

En la década de los 80, el incremento del número de personas sin hogar en las calles de las ciudades de los países avanzados obligó a «repensar el Sinhogarismo» (Fernández, 2018), no a partir de factores individuales como hasta entonces, sino atendiendo a cuestiones de carácter político, social y económico, es decir, por motivos estructurales.

La concepción del fenómeno por aquel entonces diferenciaba **dos categorías de personas sin hogar**: por un lado, aquellas que carecían materialmente de vivienda por la imposibilidad de acceso a la misma (factores estructurales) y, por otro, aquellas que

presentaban determinantes psicosociales incapacitantes para acceder y mantener un alojamiento estable (factores individuales).

En los años 90, el modelo socioeconómico del momento caracterizado por el libre mercado en detrimento del Estado de Bienestar implicó nuevos cambios estructurales que dieron lugar a lo que se acuñó como «nuevo Sinhogarismo», un «hecho social» constatable en las sociedades del momento.

De esta manera, se llega a la concepción de que **el Sinhogarismo es una realidad social cuya comprensión requiere ir más allá de los factores individuales y estructurales**; es un *continuum* de situaciones de exclusión social severa, en la cual la **exclusión residencial** puede ser causa y/o consecuencia de la situación de sin hogar. Esto es lo que se conoce como «Nueva Ortodoxia» (Pleace, 2000), que entiende el Sinhogarismo como un proceso en el que interactúan **factores estructurales, institucionales, relacionales y personales** que, de manera simultánea y desordenada (caótica), generan un gran im-



Persona sin hogar en una calle de Tokio. Fuente: [www.elconfidencial.com](http://www.elconfidencial.com)

pacto psicosocial en el ciclo vital de la persona que la abocan a la condición de sin hogar.

### ¿Qué es un hogar?

Es un espacio en el que existe afectividad además de un techo, permite el desarrollo de la persona hacia el exterior y promueve el sentido de pertenencia; es el marco físico desde donde se establecen las relaciones con el grupo de iguales, la familia y el empleo (Gámez, 2017).

### ¿Quiénes son entonces las personas sin hogar?

Son todas aquellas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales o bien porque presentan dificultades para llevar una vida autónoma (Federación Europea de Entidades Nacionales que trabajan con Personas Sin Hogar - FEANTSA, 1995).

### ¿Qué es el Sinhogarismo?

Es la «ausencia de un lugar adecuado para vivir de forma permanente» (Avramov, 1996). Es un fenómeno social estructural propio de las sociedades avanzadas, que **se da principalmente**

**en entornos urbanos y que representa la manifestación más severa de la exclusión social.** El Sinhogarismo, entendido como la situación en la que se encuentra una persona que carece de un alojamiento propio y estable, es un fenómeno en el que intervienen factores personales y ambientales (entorno).

Paradójicamente, en las principales ciudades del mundo como Londres, París, Nueva York, Tokio o Sídney, iconos urbanos del avance y el desarrollo, es donde mayor presencia tiene el Sinhogarismo. Es decir, en la misma estructura social están presentes las mayores concentraciones de riqueza a nivel mundial y, al mismo tiempo, la manifestación más extrema de la exclusión social.

## LA PERSONA SIN HOGAR COMO RESULTADO DE UN PROCESO DE EXCLUSIÓN SOCIAL EXTREMA

Para «comprender el Sinhogarismo» es preciso tener muy presentes determinados conceptos básicos tales como «**inclusión social**», «**exclusión social**» y «**exclusión residencial**».

En las últimas décadas se han elaborado diferentes definiciones de estos términos, pero aquí hemos recogido las que consideramos más oportunas en relación con la temática que nos ocupa.

La **inclusión social** consiste en la participación plena de las personas en todos los espacios de la vida social: el mercado de trabajo, el mercado de bienes y servicios, los espacios de decisión política y organización de la vida comunitaria, los sistemas de protección social y las relaciones sociofamiliares y comunitarias (Instituto Vasco de la Mujer, 2016).

La **exclusión social** es:

*Un fenómeno social de carácter multidimensional en el que existen unos mecanismos a través de los cuales se niega a los individuos y a los grupos pertenecientes a una sociedad, su participación en los intercambios, las prácticas y los derechos sociales que les son imprescindibles para la integración social y, por lo tanto, para su identidad social y personal (Gabàs, 2003).*

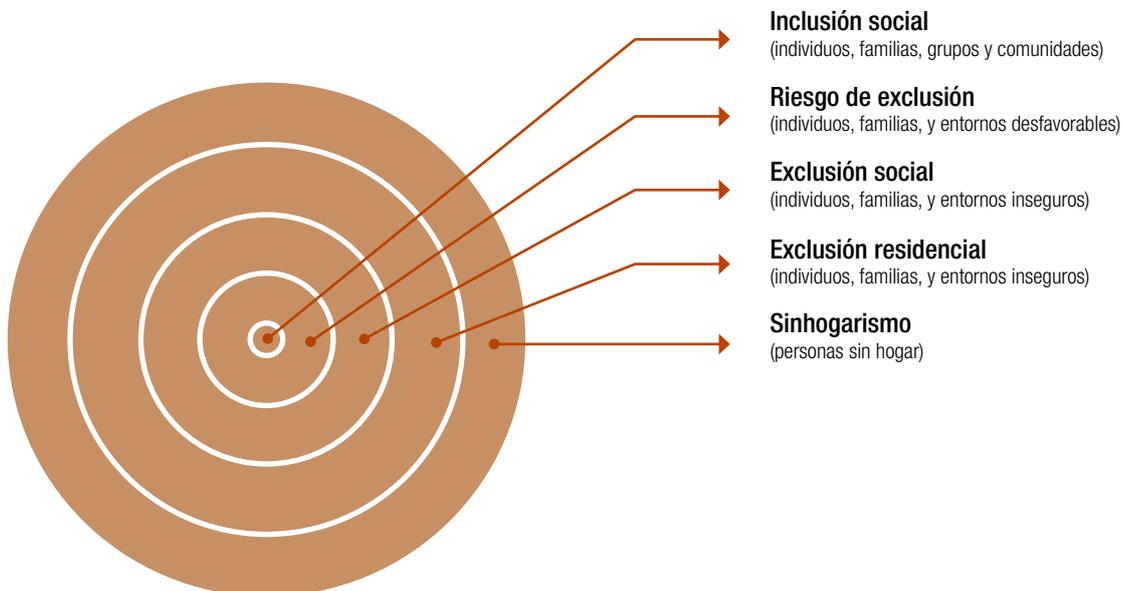
La **exclusión residencial** es aquella manifestación de la exclusión social que consiste en la privación de un bien básico y de primera necesidad como lo es la vivienda. La pérdida del hogar y la posterior imposibilidad de acceder a otro alojamiento estable, entre otros factores, es el suceso vital estresante (SVE) que determina el **inicio de un proceso de Sinhogarismo**.

Así, tanto **la exclusión social como la residencial son inherentes a la situación de sin hogar**, estando siempre presentes durante todo el transcurso del proceso.

En la siguiente figura podemos ver de manera gráfica dónde se sitúan en la estructura social las PSH en las sociedades actuales.

Si imaginamos que los diferentes círculos concéntricos que vemos en la imagen configuran una sociedad determinada y si pensamos que el círculo central representa la **inclusión social plena**, fácilmente podemos observar dónde se sitúan las PSH.

**Figura 1: “En la periferia de la Sociedad”**



Cuando hablamos de inclusión social plena nos referimos a la **participación de los individuos y las familias en los diferentes ámbitos de la vida en sociedad**, tales como la educación, el empleo o el ocio; participación que se puede llevar a cabo de manera individual, pero también colectiva por medio de grupos o comunidades.

Pero cuando las personas y las familias comienzan a dejar de estar presentes «de manera involuntaria» en uno o varios de esos ámbitos, por ejemplo, a raíz de una situación de desempleo o de un abandono forzoso del sistema educativo; es cuando surge el **riesgo de exclusión social** normalmente asociado a una situación de pobreza económica.

Si este proceso de «no participación» avanza, pueden surgir problemáticas tales como la desestructuración familiar, las adicciones o los problemas de salud física y/o mental. De esta manera, no es difícil inferir que algunos individuos y familias lleguen a una situación de **exclusión residencial** (pérdida de vivienda) que con el transcurso del tiempo evolucione hacia un proceso de **Sinhogarismo**.

En la figura que acabamos de mostrar podemos observar con claridad que las PSH se sitúan en el perímetro, es decir, en la **periferia de la sociedad**, donde los niveles de participación social son muy bajos o inexistentes y lo que predomina es la marginalidad y la *marginalización social*.

Teniendo de referencia la **Teoría General de Sistemas** (Bertalanffy, 1950), conocida en el ámbito de las ciencias sociales como Teoría Sistémica, las sociedades son sistemas compuestos por diferentes subsistemas que interactúan y se retroalimentan entre sí, y en los cuales están incluidos los individuos, las familias, los grupos y las comunidades. O lo que es lo mismo, desde la perspectiva holística, la sociedad es un «*todo compuesto por diferentes partes*».

Las PSH forman parte de ese todo y no existen «por naturaleza», **es la interacción inade-**

**cuada entre los diferentes subsistemas la que da como resultado la existencia del fenómeno del Sinhogarismo.**

Alguna de las campañas de sensibilización en favor de las PSH ha utilizado lemas tales como «*Mañana puedes ser tú...*» y mensajes de contenido similar, en el sentido de que cualquier persona puede llegar a estar en una situación de sin hogar.

Si bien esta afirmación entraña cierta certeza, al mismo tiempo tenemos que decir que no se llega a una situación de calle por casualidad. Es decir, el Sinhogarismo no es algo inherente a la condición humana, sino que es el resultado de un proceso personal, y normalmente individual, en el que concatenan un sumatorio de **dos tipos de factores: de riesgo y precipitantes**.

Un factor de riesgo puede ser pertenecer a una familia de origen multiproblemático y un factor precipitante podría ser la finalización de un contrato de alquiler y la imposibilidad material de acceder a otra vivienda; todos ellos van a determinar el proceso.

## CASUÍSTICA DEL SINHOGARISMO

En las sociedades avanzadas «*ninguna persona nace “predestinada” a convertirse en una PSH*» y esta ha de ser siempre una de las **premisas de la intervención**. Son las condiciones de vida en las que la persona lleve a cabo su desarrollo evolutivo, así como las oportunidades de las que disponga, las que van a determinar su historia de vida, su ciclo vital y su rol en la sociedad de la que forma parte.

Como profesionales de la intervención social, aquí tenemos que hacer una reflexión obligada en relación con la **prevención del Sinhogarismo**. Cuando estamos interviniendo con personas y familias en situaciones de dificultad social y vulnerabilidad, tenemos que

identificar y prestar especial atención, de cara a priorizar la intervención, a aquellos factores de riesgo que podrían precipitar que una persona o una familia se quede en una situación de **exclusión residencial**.

Así, **muchas situaciones de Sinhogarismo se hubiesen podido evitar si se hubiese realizado una intervención social adecuada y a tiempo sobre dichos factores**.

Imaginemos una persona en riesgo de exclusión social y residencial que vive en una habitación alquilada en un piso compartido por la que paga 200 euros al mes, que agota el subsidio por desempleo que venía percibiendo después de haber trabajado y que se queda sin ingresos y sin la opción de un acceso inmediato a otra prestación económica.

Al mismo tiempo, esta persona carece de apoyo familiar, social e institucional, y cumple requisitos para tramitar la renta autonómica de inclusión social o el Ingreso Mínimo Vital (IMV), pero sabemos positivamente que, en cualquier caso, el plazo de resolución es de varios meses.

Es decir, en este momento concreto la persona lo que precisa es que se le apoye con el pago del alojamiento, para evitar quedarse en un contexto de sin hogar que pueda evolucionar hacia una situación de calle y el consecuente deterioro personal que ello implica.

Si tenemos la posibilidad de garantizarle la mensualidad del alquiler de la habitación en la que vive hasta que se resuelva su solicitud de la renta de inclusión social o el IMV, cuando menos habremos evitado que la persona se quede «en calle». Pero en caso contrario, la persona puede iniciar un proceso de desestructuración personal y de exclusión social severa que, con el paso del tiempo, lo «conduzcan» a la cronificación, estado sobre el que será más difícil intervenir por las implicaciones del mismo.

Por ello, y en el sentido más purista de la metodología de intervención social, sólo realizando

un buen **estudio** que nos permita conocer a la persona y la situación en la que se encuentra, podremos elaborar un correcto **diagnóstico social** que recoja todos aquellos **factores determinantes** de dicha situación.

En 1994, la FEANTSA estableció que el Sinhogarismo estaba relacionado con cuatro **dimensiones**:

- Material-económica.
- Relacional.
- Personal.
- Institucional.

Pedro J. Cabrera (2000) habla de la **dimensión situacional** de las PSH en un «contexto estructural determinado» más allá de los factores individuales. Es decir, que es la estructura socioeconómica en un espacio y tiempo concretos la que va a determinar la condición de sin hogar por encima de las circunstancias personales.

Bill Edgar (2009) estableció que el Sinhogarismo es un fenómeno asociado principalmente a la falta de vivienda, es decir, a la ausencia de un alojamiento estable, en el que concurren una serie de **factores que determinan la situación de sin hogar** y que son los siguientes:

- Estructurales (p. ej., el mercado laboral).
- Institucionales (p. ej., falta de recursos de acogida).
- Relacionales (p. ej., ruptura con la familia de origen).
- Personales (p. ej., abuso de alcohol).

La **interacción dinámica simultánea o combinada** de estos cuatro factores sumados a la exclusión residencial da como resultado la situación de sin hogar, que representa el «punto de partida» de un proceso de exclusión social severa, cuya intensidad y duración va a venir determinado por el número y la ti-

pología de factores presentes en cada espacio temporal y físico.

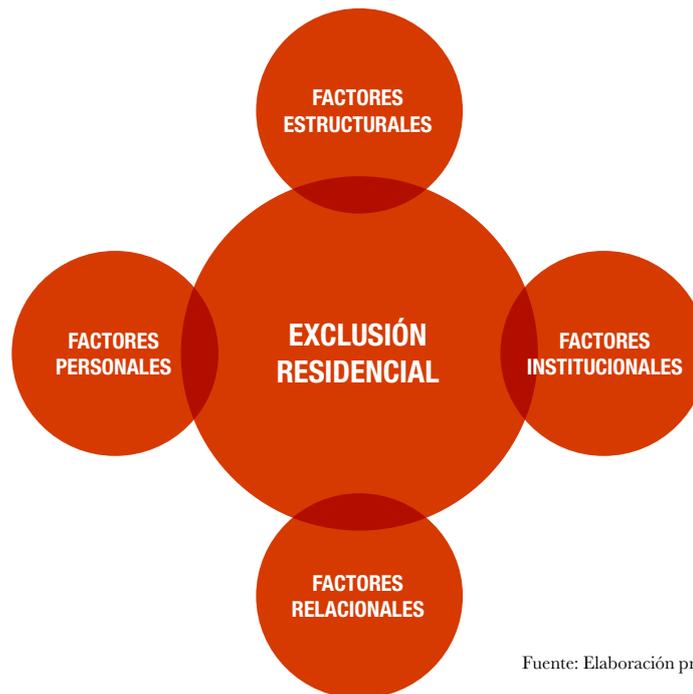
Los profesionales de la intervención social debemos **intervenir sobre todos los factores de manera conjunta y al mismo tiempo**, prestando especial atención a la exclusión residencial, porque solo de esta manera se conseguirá revertir la situación de sin hogar.

Veamos la siguiente figura.

En la misma línea, en relación con la casuística del Sinhogarismo, M.<sup>a</sup> Rosario Sánchez Morales (2010) considera que la situación de sin hogar es el resultado de la confluencia de múltiples factores de variada causalidad y apunta a cuatro ámbitos:

- Convivencial y de relaciones.
- Personal.
- Asistencial.
- Cultural.

*Figura 2: “Factores del Sinhogarismo”*



Fuente: Elaboración propia. 2021

Lo que los diferentes planteamientos en relación con la **casuística del Sinhogarismo** nos indican es la complejidad existente a la hora de estudiar el fenómeno, de ahí la necesidad de establecer criterios basados en estudios tanto cuantitativos como cualitativos.

Así, es precisamente el estudio y la investigación del fenómeno lo que nos permitirá ya no sólo el diseño de planes y programas de actuación, sino llevar a cabo intervenciones preventivas en sus diferentes niveles, es decir, en el primario, secundario y terciario.

Actualmente, en el contexto europeo existe cierto consenso en el sentido de que en el Sinhogarismo interactúan los cuatro factores enumerados por Edgar (2009): **estructurales, institucionales, relacionales y personales**, los cuales debemos de identificar y analizar siempre a la hora de intervenir con PSH.

## TIPOLOGÍA ETHOS (EUROPEAN TYPOLOGY OF HOMELESSNESS AND HOUSING EXCLUSION)

Entre los años 1994 y 1998 la socióloga Dragana Avramov coordinó una investigación sobre Sinhogarismo en el marco del Observatorio Europeo de las Personas Sin Hogar<sup>1</sup>. Al hilo de este estudio, en el 2005, este organismo y en colaboración con la FEANTSA elaboraron la **tipología ETHOS** (Tipología Europea de Sinhogarismo y Exclusión Residencial) con el doble objetivo de «operativizar la definición de PSH y orientar las políticas sociales en el ámbito del Sinhogarismo».

Así, la elaboración de ETHOS supuso un gran avance en el sentido de “poner encima de la mesa” una problemática que, hasta el momento, no había tenido la consideración necesaria por parte de los Estados a la hora

1 European Observatory on Homelessness (EOH).



Una infravivienda en España. Fuente: [www.eldiario.es](http://www.eldiario.es)

de planificar sus sistemas públicos de Servicios Sociales.

Actualmente, y a raíz de un amplio consenso promovido por el EOH y la FEANTSA, **todos los países europeos han asumido la tipología ETHOS** de cara a la planificación de sus políticas sociales para atender la problemática de las PSH.

La **Tipología Europea de Sinhogarismo y Exclusión Residencial** contempla cuatro categorías conceptuales y trece categorías operativas que, a su vez, vienen definidas por diferentes «situaciones residenciales». Existen varias adaptaciones a partir de la versión original del 2005 y de las revisiones del 2006 y 2007. En esta ocasión, vamos a mostrar una versión abreviada, omitiendo, por su extensión, las situaciones residenciales.

La importancia de la aplicación de la tipología ETHOS radica en que parte de una **definición extensiva del Sinhogarismo**, es de-

cir, que contempla todas aquellas situaciones de sin hogar posibles, en contraposición a los **planteamientos conceptuales restringidos** que limitaban el Sinhogarismo a las situaciones de calle, en otras palabras, a lo visible.

Siguiendo a Tamara Gámez (2017) «... el Sinhogarismo más visible, quienes pernoctan en la vía pública, y cuya representación está especialmente relacionada con la definición restringida de Sinhogarismo, sólo es la punta del iceberg que se alimenta de situaciones menos extremas».

Por ello, para conocer la verdadera dimensión del fenómeno de las PSH es imprescindible partir de un **marco conceptual amplio** que contemple todas aquellas formas posibles de Sinhogarismo, tanto las visibles como las que no lo son. Sólo de esta manera se conseguirá cuantificar de manera fehaciente el colectivo de cara a articular las políticas sociales proporcionales

*Tabla 1: “Tipología ETHOS”*

CATEGORÍA CONCEPTUAL		CATEGORÍA OPERATIVA	
SINHOGARISMO	SIN TECHO	1	Personas que viven en un espacio público (a la intemperie)
		2	Personas que duermen en un albergue y/o se ven obligadas a pasar varias horas al día en un espacio público
	SIN VIVIENDA	3	Personas que viven temporalmente en albergues y centros para PSH
		4	Personas en albergues para mujeres
		5	Personas en centros de acogida de inmigrantes y solicitantes de asilo
		6	Personas que a corto plazo van salir de instituciones residenciales o de internamiento
		7	Personas en alojamientos con apoyo a largo plazo por su condición de sin hogar
EXCLUSIÓN RESIDENCIAL	VIVIENDA INSEGURA	8	Personas viviendo en un régimen de tenencia inseguro
		9	Personas viviendo bajo amenaza de desahucio
		10	Personas que viven en un contexto de violencia de género o intrafamiliar
	VIVIENDA INADECUADA	11	Personas viviendo en estructuras temporales no convencionales
		12	Alojamiento impropio
		13	Hacinamiento extremo

## REFLEXIÓN SOBRE LA ACCIÓN

En toda disciplina científica, la evaluación de procesos y de resultados se revela como imprescindible ya no sólo para cuantificar y cualificar el producto de nuestro trabajo, sino también para comprobar si lo que estamos haciendo se puede hacer de manera distinta o mejor.

Esta premisa resulta determinante en el ámbito de la intervención social, un campo de acción en constante evolución por la inherente, y vertiginosa por momentos, evolución de nuestras sociedades.

De manera paralela, el fenómeno del Sinhogarismo ha evolucionado de manera palpable en las últimas décadas, ya no sólo cuantitativamente con una clara tendencia creciente, sino también cualitativamente, en relación a la **diversidad de perfiles y la singularidad de las situaciones de las personas que no tienen hogar**.

Ello nos ha llevado a un «chequeo diario» de nuestro trabajo, sobre todo en lo que respecta a la intervención social directa con la persona. Y de esta manera, con el paso del tiempo, hemos ido extrayendo argumentos concluyentes.

A pesar de la enorme **heterogeneidad existente en el colectivo de PSH**, existe un **denominador común a la hora de enfocar la intervención**. Ha sido la observación directa durante años de muchos de casos de Sinhogarismo, lo que nos ha ayudado a llegar a la conclusión de que **todo plan de trabajo con una persona en situación de sin hogar o de calle tiene necesariamente que estar orientada en primera instancia a intervenir sobre la situación de salud, de alojamiento y de recursos económicos** en la que se encuentre la PSH.

De esta manera, pudimos llegar a la conclusión de que el exhaustivo análisis realizado durante años tendría que, casi de una mane-

ra natural, orientarnos para la elaboración de una metodología que pasamos a describir en el siguiente apartado.

## UNA PROPUESTA METODOLÓGICA: LA INTERVENCIÓN SOBRE EL TRINOMIO SALUD-ALOJAMIENTO-RECURSOS ECONÓMICOS (SAR)

La intervención social con PSH va a estar condicionada por una serie de variables tales como la tipología del **servicio** en el que trabajemos, los **recursos y prestaciones** de los que dispongamos y el **territorio** en el que nos encontremos desarrollando nuestra labor profesional.

El conocimiento de los **principales modelos metodológicos utilizados en el ámbito internacional: Escalera (Staircase model)<sup>2</sup>, Housing Led y Housing First<sup>3</sup>**; es lo que nos va a permitir diseñar nuestras intervenciones. Como profesionales de la intervención social y de una manera ecléctica, tendremos de referencia siempre estos mode-

2 El modelo en Escalera (Staircase Model o Housing Ladder) es una de las metodologías «clásicas» utilizadas en el ámbito de la intervención social con las PSH. Como su nombre indica, la intervención consiste en que, partiendo de una situación de sin hogar o de calle, la persona vaya «subiendo peldaños», accediendo de manera progresiva a diferentes recursos de acogida de corta, media y larga estancia, para finalmente acceder a un alojamiento normalizado en un entorno comunitario. Para más información: <https://www.feantsaresearch.org/download/feantsa-ejh2009-evaluation-16622178144273146290.pdf>

3 Housing First, 'Vivienda Primero', es otro de los modelos de intervención en Sinhogarismo cuya implantación se está extendiendo en el ámbito internacional atendiendo a criterios de eficacia y eficiencia. La esencia del modelo radica en que la PSH en situación de calle, cumpliendo una serie de requisitos, accede, en primera instancia y como primera acción del proceso de intervención, a una vivienda normalizada en un entorno comunitario, en la que podrá vivir solo o compartir con quien considere. Para más información: <https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/Gui%C3%A9n-Housing-First-Europa.pdf>

los, en función de los recursos de los que dispongamos en nuestro servicio y los existentes en nuestro ámbito territorial de actuación.

Pero más allá del marco metodológico de referencia, en el terreno de la intervención social en Sinhogarismo existe la posibilidad de desarrollar y poner en práctica metodologías y líneas de actuación adaptadas a cada servicio y a cada territorio.

Los servicios y recursos de atención específicos para PSH se suelen ubicar, por una cuestión lógica, en entornos urbanos, donde hay mayor presencia de personas sin hogar. Igualmente, los programas especializados de atención de los servicios sociales comunitarios suelen ser puestos en marcha por ayuntamientos de ciudades de diferentes tamaños.

No obstante, el fenómeno del Sinhogarismo también está presente en entornos semiurbanos y semirurales, y aquí es donde los servicios y los recursos de atención suelen ser escasos o inexistentes y donde la atención se suele limitar a la prestada por los profesionales de los servicios sociales de atención primaria municipal.

En esta ocasión queremos exponer una sencilla **línea de actuación para la intervención social con PSH que tiene de**

**referencia los enfoques Housing Led**, es decir, orientados a la vivienda, o lo que es lo mismo, basados en el acceso a un alojamiento estable como punto de partida de la intervención; y que sería aplicable por cualquier servicio de atención y en cualquier territorio.

Esta línea de actuación se basa en la **intervención sobre el trinomio Salud-Alojamiento-Recursos Económicos (SAR)**, puesto que son tres ámbitos que trabajar siempre en Sinhogarismo.

A lo largo de la última década, por medio de la observación directa y el seguimiento de varios cientos de casos de PSH, hemos podido comprobar cómo la aplicación sistemática de esta línea de acción es efectiva para reducir el Sinhogarismo, sobre todo las situaciones de «sin techo» y «sin vivienda» (categorías conceptuales ETHOS 1 y 2).

Lo más relevante de ello es que el resultado de su aplicación no depende tanto de la existencia en el territorio de una red asistencial de servicios tipo albergues y comedores sociales, sino de llevar a cabo la **intervención sobre el trinomio SAR de una manera horizontal y simultánea**.

Prestemos atención a la siguiente figura para comprender a lo que nos estamos refiriendo.

*Figura 3: “Necesidades en un mismo nivel”*



Fuente: Elaboración propia. 2022

En esta figura podemos ver lo que podría ser el estereotipo de una PSH en situación de calle, en la que las necesidades de la persona están en el mismo plano horizontal, es decir, en un mismo nivel de prioridad.

Como profesionales, por mucho que tratemos de convencer a la persona de que es más importante la cita con el trabajador social que ejercer la mendicidad, por ejemplo, lo más probable es que no obtengamos el resultado esperado.

De igual manera que objetivamente las necesidades de la PSH tienen todas el mismo grado de importancia para ella, la intervención social debe plantearse en horizontal y siempre centrada en **tres ámbitos prioritarios y comunes a mayoría de situaciones de Sinhogarismo**: la salud, el alojamiento y los recursos económicos.

¿Por qué estos tres ámbitos?

El Sinhogarismo genera problemas de salud física, mental y social (OMS, 1946). Es frecuente que una misma PSH presente al mismo tiempo enfermedad física y mental y, en consecuencia, que su esfera social (condiciones de vida) también se vea gravemente afectada en lo que a su funcionamiento se refiere.

Distintos estudios señalan que las PSH presentan entre 2 y 50 veces más problemas de salud que la población en general (Wright y Weber, 1987), tanto en lo referente a la enfermedad física aguda como a la crónica. En consecuencia, **la esperanza de vida de las PSH es muy inferior a la de la población en general**.

La carencia de un alojamiento estable tiene unas consecuencias especialmente directas sobre la salud física y mental de las PSH, consecuencias que pueden perpetuar a la persona en la condición de sin hogar y en la calle.

En este sentido, un reciente estudio realizado en el Reino Unido (Bax, 2020) ha puesto en evidencia que **la falta de vivienda y la exclusión social severa** están asociadas a

riesgos y daños extremos para la salud, a altas tasas de morbilidad y muerte prematura causada por enfermedades tratables.

Este estudio también ha desvelado que las PSH acuden a las urgencias hospitalarias seis veces más que la población general, que sus ingresos hospitalarios son cuatro veces más frecuentes con estancias tres veces más prolongadas, y que normalmente al paciente sin hogar sólo se le identifica como tal en el momento del alta, es decir, a destiempo.

Siguiendo con el trinomio SAR, el **ámbito de los recursos económicos** va a ser en todos los casos otra de las **prioridades** a la hora de intervenir en Sinhogarismo, bien porque la persona ya sea beneficiaria de una prestación económica que por diferentes motivos no utiliza adecuadamente para dejar de estar en la situación de sin hogar, bien porque simplemente carece de ingresos de cualquier tipo.

Más allá de los servicios de alojamiento de corta, media y larga estancia, en el horizonte de la intervención en el medio-largo plazo siempre tiene que estar presente el **acceso a una prestación económica y el mantenimiento de esta en el tiempo**.

Entre otras variables, la **autonomía personal** pasa porque la PSH cuente con una garantía de ingresos mínimos, siendo ese poder adquisitivo el que le permita «emanciparse», aunque sea parcialmente, del sistema de ayuda social.

De esta manera, es precisamente el acceso a una prestación económica el que le permitirá a la PSH acceder y mantener en el tiempo un **alojamiento normalizado y estable**, que al mismo tiempo repercutirá positivamente de manera integral en su situación biopsicosocial.

El hecho de disponer de ingresos le ofrece a la PSH ya no sólo la oportunidad de acceder a un alojamiento, sino lo más importante, **mantenerlo en el tiempo**. Y si la persona presenta algún problema de salud física y/o

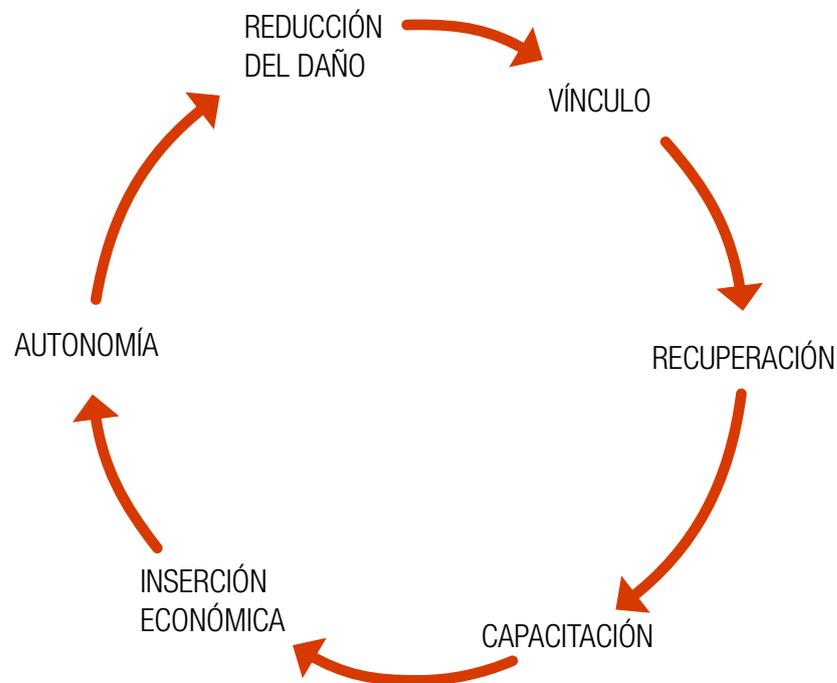
mental y/o una adicción, la experiencia nos indica que esta problemática se verá mermada en su intensidad.

En nuestra praxis profesional a lo largo de los años hemos podido constatar que la mejoría en uno de los ámbitos del trinomio SAR se

amplifica en mayor o menor grado a los otros dos.

Como ejemplo, es habitual que en el caso de personas sin hogar en situación de calle con una problemática de alcoholismo severo, en el momento en el que acceden a una habitación

**Figura 4: “Fases del proceso de intervención con PSH”**



Fuente: Elaboración propia a partir de Linares (2001). 2021

alquilada en un piso compartido, reduzcan de manera espontánea su consumo de alcohol.

En relación con el **proceso de intervención social** en Sinhogarismo, este está conformado por varias fases que siempre van a evolucionar

de manera circular y nunca linealmente. Las indicamos en la siguiente figura.

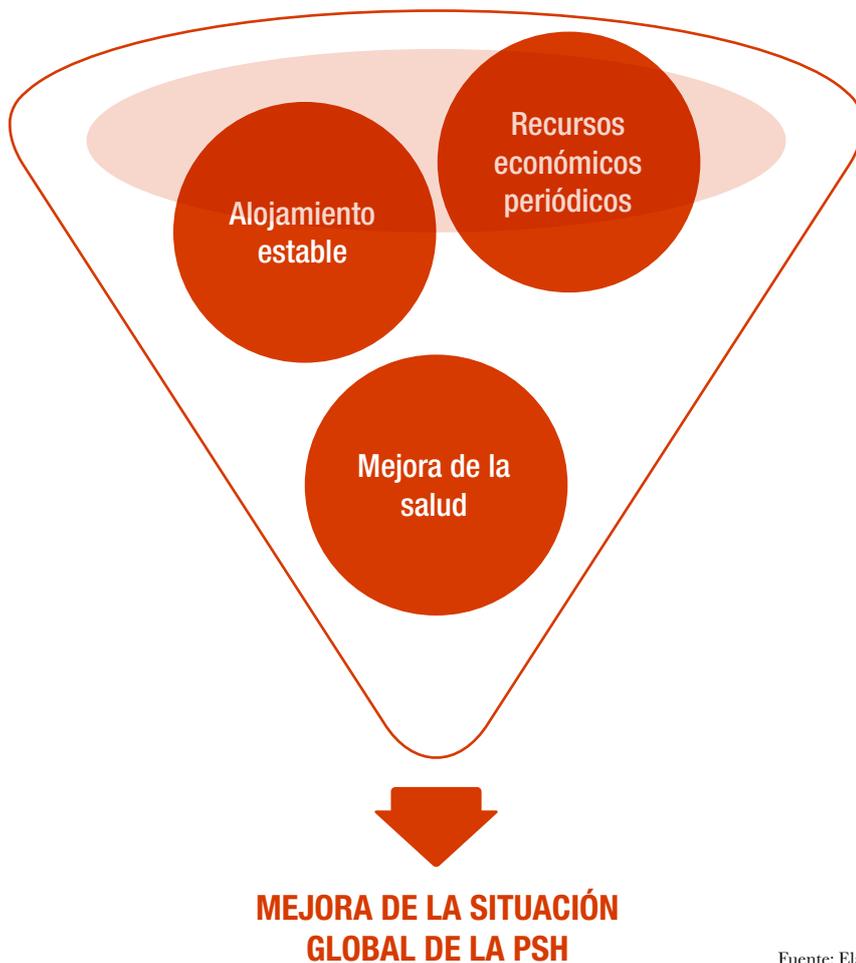
Es la propia **circularidad del proceso la que puede implicar que la persona pase varias veces por las diferentes fases**, antes de iniciar un proceso de cambio que le permita avanzar hacia los niveles de inclusión social deseados y posibles en cada caso.

Un elemento clave para que el proceso de intervención tenga unos buenos resultados es el **acompañamiento social**.

El **Grupo de Trabajo de Acompañamiento Social** del Gobierno de Navarra (2012) lo definió de la siguiente manera:

*Método de intervención profesional temporal, de intensidad variable, basado en el derecho de la ciudadanía*

**Figura 5: “Trinomio Salud-Alojamiento-Recursos Económicos (SAR)”**



Fuente: Elaboración propia. 2022

*a una relación de ayuda proactiva y de confianza, que, mediante el diseño conjunto de un itinerario individualizado de incorporación con objetivos acordes a las necesidades, debe posibilitar una oportunidad de mejora o reducción de daños. Debe estar encaminado al desarrollo de las potencialidades y capacidades de la persona y al descubrimiento e interpretación de la situación en clave de cambio, tomando el protagonismo del propio proyecto vital.*

En el proceso circular de la intervención, el trinomio SAR representa un «todo» que tiene que estar siempre presente y en todas las fases. En la medida en la que se produzca una mínima mejoría en los tres ámbitos, podremos comprobar que ello repercutirá positivamente en la situación global de la persona.

Para concluir, conviene comentar que una vez aplicada esta propuesta metodológica y obtenidos los resultados esperados el trabajo no ha terminado, sino que debemos continuar apoyando a la persona para que los cambios permanezcan en el tiempo y no retorne a la situación de sin hogar, lo cual haremos con un seguimiento periódico y acompañamiento social.

Si nuestra pretensión es la de reducir el Sinhogarismo, nuestras intervenciones deben tener siempre un horizonte en el largo plazo y en todos los casos.

Países de nuestro entorno como Finlandia, después de un trabajo de más de dos décadas y teniendo por referencia los modelos Housing Led y Housing First, han conseguido reducir el fenómeno de manera eficaz y eficiente. En la medida en la que seamos capaces de reproducir lo hecho por el Estado finés, probablemente podamos empezar a hablar de la disminución del Sinhogarismo en nuestra sociedad.



## BIBLIOGRAFÍA

Asociación Realidades y Fundación RAIS. (2007). *Construyendo relaciones. Intervención psicosocial con personas sin hogar*.

Ayuntamiento de Zaragoza. (2018). *Plan integral para las personas sin hogar en Zaragoza*. <https://www.zaragoza.es/contenidos/derechosociales/sinhogarismo/Plan-Integral-Sinhogarismo18.pdf>

Cabrera Cabrera, P. J. (2000). *La acción social con personas sin hogar en España*. Fundación FOESSA.

FEANTSA. (2006). *Informe anual-Estado español. Salud y Sinhogarismo*. [https://www.feantsa.org/download/es\\_spain\\_health\\_report7194098268655771156.pdf](https://www.feantsa.org/download/es_spain_health_report7194098268655771156.pdf)

FEANTSA. (2008). *Informe Europeo. El papel de la vivienda en el Sinhogarismo. Alojamiento y exclusión residencial*. [https://www.feantsa.org/download/08\\_european\\_report\\_feantsa\\_housing\\_final\\_es7074115848578375806.pdf](https://www.feantsa.org/download/08_european_report_feantsa_housing_final_es7074115848578375806.pdf)

FEANTSA. (2016). *Guía Housing First Europa*. [https://www.feantsa.org/download/hfg\\_full\\_digital1907983494259831639.pdf](https://www.feantsa.org/download/hfg_full_digital1907983494259831639.pdf)

Fernández Evangelista, G. (2018). *Terminar con el Sinhogarismo. Personas sin hogar y vivienda social en Alemania, España, Finlandia y Reino Unido*. Fundación FOESSA.

Gámez Ramos, T. (2017). *Personas sin hogar. Un análisis de género del Sinhogarismo*. Universidad de Málaga.

Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Políticas Sociales. (2017). *Estrategia Vasca para Personas Sin Hogar 2018-2021*. [https://www.euskadi.eus/contenidos/noticia/xiileg\\_planes\\_departamentales/es\\_def/adjuntos/ESTRATEGIA-VASCA-PARA-PERSONAS-SIN-HOGAR-2018-2021-castellano.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/noticia/xiileg_planes_departamentales/es_def/adjuntos/ESTRATEGIA-VASCA-PARA-PERSONAS-SIN-HOGAR-2018-2021-castellano.pdf)

Gobierno Vasco, Instituto Vasco de la Mujer. (2016). *La exclusión residencial grave en la Comunidad Autónoma del País Vasco desde una perspectiva de género*. [https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc\\_sosa\\_c26\\_exclusion\\_emakund/es\\_def/adjuntos/c26\\_Emakunde\\_informe.37.exclusion\\_residencial\\_grave.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_c26_exclusion_emakund/es_def/adjuntos/c26_Emakunde_informe.37.exclusion_residencial_grave.pdf)

Gobierno Vasco, Instituto Vasco de la Mujer. (2016). *La exclusión residencial grave en la Comunidad Autónoma del País Vasco desde una perspectiva de género*. (Número de informe 37). [https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc\\_sosa\\_c26\\_exclusion\\_emakund/es\\_def/adjuntos/c26\\_Emakunde\\_informe.37.exclusion\\_residencial\\_grave.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_c26_exclusion_emakund/es_def/adjuntos/c26_Emakunde_informe.37.exclusion_residencial_grave.pdf)

Gómez Lavín, C., Zapata García, C. (2000). *Psiquiatría, salud mental y trabajo social*. Eunate.

Illán Frutos, J. A. (Coord.). (2010). *Un despacho sin puertas. Trabajo de calle con personas sin hogar*. Fundación RAIS.

Linares Márquez de Prado, E. (2001). *Personas sin hogar: de la exclusión a la inserción*. *Trabajo Social Hoy*, (Extra 2), 53-62.

Matamala Zamarro, E. (2022). *Desactivar el Sinhogarismo de larga duración*. Universidad de Valencia.

Muñoz López, M., Vázquez Valverde, C., Vázquez Cabrera, J. J. (2003). *Los límites de la exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Témpora.

Red de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Navarra (2015). *El acompañamiento como método de intervención en los procesos de inclusión. Nuevas reflexiones*.

Rubio-Martín, M. J., Muñoz López, M., Cabrera Cabrera, P. J., Sánchez Morales, M.ª. R. H. (Coords.). (2022). *Perspectiva social y psicológica de la situación de sin hogar*. Pirámide.

Y-Foundation. (2017). *A home of your own. Housing First and ending Homelessness in Finland*.



# ANUARIO ABIERTO

---

---

TRABAJO PREMIADO EN LAS  
XXVII JORNADAS DE LA SECCIÓN  
DE PSICOLOGÍA Y SALUD DEL  
COPG

---

SUMARIO

---

GALLEGO



## ARTÍCULO LIBRE

# BUSCANDO SENTIDO Y SEGURIDAD A TRAVÉS DE UN GRUPO VINCULAR

**Gloria Alonso Toribio**

*PIR-3 Hospital Universitario Virgen Macarena*

**Carlos Díaz Marcelo**

*FEA Psicología Clínica \**

**Laura Ciudad Gallardo**

*Terapeuta Ocupacional \**

**Rocío López Díaz**

*FEA Psicología Clínica Hospital Universitario Virgen de Valme*

**Elena Gómez de Agüero Ortíz**

*PIR-3 Hospital Universitario Virgen Macarena*

*\*Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla*

[carl\\_diaz82@hotmail.com](mailto:carl_diaz82@hotmail.com)

## RESUMEN

Queremos compartir un relato clínico nacido de la reflexión tras un año de acompañamiento a un grupo de adolescentes dentro de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Virgen Macarena. Esta narrativa surge gracias a experiencias, sentimientos, temores y fantasías compartidas por el grupo de jóvenes que nos han inspirado para ello.

Buscamos mostrar la extrema vulnerabilidad de un conjunto de personas en construcción que presentan lo que podríamos denominar como trastornos del vínculo, donde el desarrollo del sistema de apego ha sido gravemente dañado en su corta historia vital. «El otro» es sinónimo de abandono/dolor y la soledad/desconfianza se han impuesto como forma de supervivencia. Estas carencias y estigma que cargan son difíciles de afrontar por ellos y por nosotros cuando llegan a nuestras consultas. Como respuesta, ofrecimos un lugar y un espacio que posibilitaran una experiencia alternativa con «otros» y en grupo diferente al desamparo.

**PALABRAS CLAVE** — grupo terapéutico, adolescentes, trastorno vincular, desamparo  
Introducción

## ABSTRACT

We want to share a clinical story born from the reflection of accompanying a group of adolescents within the Child and Adolescent Mental Health Unit of the Virgen Macarena University Hospital for a year. This narrative arises thanks to experiences, feelings, fears and fantasies shared by the group of young people who have inspired us to do so.

We seek to show the extreme vulnerability of a group of people in construction who present what we could call attachment disorders, where the development of the attachment system has been seriously damaged in their short life history, “the other” is synonymous with abandonment/pain and loneliness/mistrust have been imposed as a way of survival. These shortcomings and stigma that they carry are difficult for them and for us to face when they come to our consultations. In response, we offered a place and a space that would enable an alternative experience with “others” and in a group other than homelessness.

**KEY WORDS** — Therapeutic group, adolescents, bonding disorder, helplessness



Ilustración: Patricia Rui Fernández

Son muchos los grupos por los que pasamos y formamos parte a lo largo de nuestra historia vital y profesional. Sin embargo, no todos nos calan y mueven en la misma medida. El que venimos a compartir es precisamente uno de esos grupos con un entramado especial, un «algo» difícil de expresar con pocas palabras. Un lugar peculiar, pero, sobre todo, delicado. Un grupo que recoge la esencia de grupo psicoterapéutico como «fenómeno transicional» que Winnicott (1972) propuso refiriéndose a «*la zona intermedia de experiencia, entre el pulgar y el osito... entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya se ha introyectado*» (Sardinero y Pedreira, 1990). Para que esta zona pudiera darse y permitiera una experiencia en la que participara la realidad interior y la exterior, se estableció un encuadre que conjugara un punto de referencia (*setting*) y una función de referencia (*holding*).

El *setting* establecido fue el siguiente: los martes, quincenalmente, en la consulta del Psicólogo

Clínico de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil en horario de 10:00 a 11:30 h. Sin embargo, raro es el día en el que se empieza a esa hora, pues los centros de menores o los domicilios donde residen estos menores no son siempre los mismos. Una de las características de este grupo es precisamente la flexibilidad del encuadre dentro de una estructura básica.

Se trata de un grupo semicerrado que se plantea año tras año al finalizar el curso y normalmente se desarrolla entre los meses de septiembre y julio.

Este punto de referencia ya se venía estableciendo desde hacía más de dos años, cuando comenzó un grupo en este dispositivo al que le costó arrancar. Un grupo que requirió tiempo, constancia y presencia para poder dar lugar a un viaje, el viaje de los lobos artísticos (Díaz et al., 2020).

El *holding*, ese sostén, continente de todo lo proyectado en él, lo que se pone en juego en ese funcionar grupal y la finalidad del mismo

viene a consistir en lo siguiente (Sardinero y Pedreira, 1990):

- El grupo como lugar vincular privilegiado entre lo social y lo individual. Lugar en el que experimentar consigo mismos otros momentos «grupales» diferentes a los de sus historias personales. Lugar donde poder también vivir la confrontación con los otros/pares que remite a los hermanos reales.
- El grupo en el que se produce lo transicional como vaivén dialéctico entre, por un lado, la diacronía y la sincronía, el pasado y el presente, el allá y el aquí y ahora; y, por otro lado, el grupo terapéutico y el grupo no terapéutico, el grupo familiar y el grupo no familiar, el sujeto individual y el sujeto en colectividad.
- El grupo como zona intermedia, de la que ya hablaba Winnicott, necesaria para la iniciación (o más bien en nuestro caso restauración) de la relación entre el niño y el mundo. Por tanto, una realidad compartida que conforma una zona de ilusión a la par que un proceso de desilusión.
- Finalmente, desde la apertura imaginaria en lo grupal y con la participación de lo real del grupo que permite procesar elementos para acceder a comprender sus realidades. Aquí es donde estriba el rol y función de los psicoterapeutas, así como su método y su técnica para poder nombrar esos fenómenos transicionales.

Una vez contextualizado el encuadre de esta labor compartida, tenemos que introducir a los protagonistas de la misma. El grupo coordinador está formado por un FEA de Psicología Clínica y la Terapeuta Ocupacional del dispositivo infantojuvenil de tercer nivel. En este proyecto llevan involucrados, como decíamos anteriormente, más de dos años. Además, acogen a alguno de los residentes rotantes por

el dispositivo, si se muestra interés y se asegura compromiso.

Los participantes menores de edad, a lo largo del curso 2023-2024, fueron cuatro chicas y dos chicos de entre quince y diecisiete años. Dos de las chicas ya habían formado parte de experiencias previas en el grupo vincular. Para el resto, era algo nuevo.

Como veníamos diciendo, es muy complejo intentar trasladar la esencia de este grupo con palabras técnicas o simples desarrollos descriptivos. Por ello, decidimos recurrir a la experiencia de una de las residentes, la reflexión y trabajo conjunto de todos nosotros y la lectura de textos inspiradores para intentar haceros llegar la vivencia compartida con estos menores.

## RELATO CLÍNICO

Llego a un grupo que se lleva desarrollando desde hace varios años en esta unidad. Ya me han avisado previamente, el equipo trata de ser muy cuidadoso y, si decido asistir al mismo, he de comprometerme con acudir a todas las sesiones. No se puede llegar un día, ver, oír y desaparecer.

El desamparo, el desarraigo y las carencias son las heridas comunes en estos menores (Muñoz, 2023). El plan es poder ofrecer una experiencia emocional correctiva, no es fácil, pero, para ello, hay que estar presentes. Requiere tiempo, constancia, paciencia. Recuperar la confianza básica es un arduo trabajo, bien lo saben los profesionales involucrados en este grupo.

La idea es que éste sea un «grupo que aloja» (Jasiner, 2019), que acoge, al que está desolado y al que le falta un anclaje. Con ese propósito, este pequeño grupo se ofrece como espacio especialmente valioso para ir atravesando, en torno a una tarea, una experiencia de lo común, que no de lo igual, porque cada uno

de ellos tiene un recorrido diferente, pero en todos ellos los obstáculos, las piedras, son la norma.

Hablábamos de esas heridas comunes atravesadas por el desamparo y el desarraigo a lo largo de su corta historia vital. Heridas grabadas que han impedido el desarrollo de vínculos afectivos significativos o bien los ha habido, pero han sido sumamente dañinos. Cuando la experiencia de amor ha sido algo amenazante y terrorífico, cuando se vive como algo fallido de lo que escapar y a lo que sobrevivir.

Hay quien nunca ha vivido con sus padres y, cuando finalmente se ha presentado la oportunidad, su vivencia ha sido de terror.

Hay quien fue adoptada, pero no sabe de dónde viene y se encuentra en constante huida y búsqueda de una representación imposible de su madre y padre. Otros crecieron durante unos años junto a unas figuras de las que finalmente tuvieron que ser separados para pasar al Servicio de «Protección» de Menores.

¿Y qué es lo que los demás ven? ¿Qué nombres se le ponen a su sufrimiento? Nosotros los solemos decir, escuchar y escribir como una amplia gama de síntomas desde lo ansioso-depresivo, las alteraciones graves de conducta, el consumo de tóxicos, los síntomas disociativos, las autolesiones... En fin, multitud de formas de respuesta ante experiencias que chocan en la garganta e impiden el impulso a hablar, algo que hace casi enmudecer (Escudero, 2020).

Ya en la primera sesión a la que acudo percibo que es un grupo singular, la fragilidad es palpable desde la entrada. El equipo me presenta y yo saludo, pero sé que no esperan nada de mí. Cuando uno ha perdido tanto se impone la desconfianza, no esperar demasiado. Observo las miradas serias y esquivas, los cuerpos encogidos, los silencios.

Y entonces se empieza a hablar, poco a poco, nada profundo o intenso, pero suficiente para que se vayan sintiendo algo más cómodas. Se habla de problemas de su día a día, de la falta

de comprensión por parte de los educadores de los centros, de los otros niños, de la rigidez de normas en la casa, en el centro... Y alguien sugiere que lo mejor sería tirarse de un puente. A mí me choca, al resto les divierte y siguen dándole forma. Pero ¿un puente? ¿qué puente? ¿y por qué? El puente ha despertado y conectado a todos y el equipo sabe recoger este emergente. ¿Y, si en lugar de estar uno solo sobre el puente, nos vamos todos debajo de él? Y allí nos trasladamos en la fantasía común, en la ilusión de una vida al margen de todo, una solución a un sufrimiento presente.

Debajo del puente es el lugar donde resguardarse con el grupo y poder hacer algo que es necesario: hablar, dejar hablar y aprender a escuchar. Es el lugar donde tener momentos para quebrar los silencios y tabúes que sus familias y nuestra sociedad imponen a la desdicha, un lugar donde poder infundir esperanza y coraje (Cyrulnik, 2020). Y se empieza a compartir...

Musa se siente encarcelada, no para de fugarse de su casa. En el grupo fantasea con ir a un centro de menores. «*Allí al menos hay otros niños —me pregunto si querrá decir ¿hermanos?—. Además, allí sería más fácil fugarme*». Y entonces, aquellas que se encuentran en centros empiezan a hablar:

*Yo estoy en un centro porque no puedo estar en mi casa. No es tan así. No sabes si te trasladarán de centro. ¿En qué centro estás? ¿A cuál te trasladan? ¿Quién hay en esos centros? ¿Quién te echa cuenta? ¿Huir? Imposible. Al inicio no puedes tener tus botines en esas casas por si te fugas, sólo te dejan zapatillas de estar por casa.*

O como cuando Vicky acude sería y silenciosa al grupo tras haber estado de permiso de fin de semana. No quiere hablar «¿Me puedo ir?» En el grupo también se puede poner uno mal. Si uno se va, no se le puede escuchar ni ayudar. Entonces Kim dice «*el grupo es un sitio seguro donde se puede estar, contar sólo si se quiere*». Es entonces cuando se siente ese sitio seguro, cuando Vicky puede compartir por qué se ha sentido despreciada en el fin de semana,



cuando puede verbalizar otra de las muchas heridas *«me dijo que quién me iba a querer a mí, que nadie me quería así de gorda»*.

Éstos son sólo fragmentos de historias compartidas a lo largo de las sesiones del grupo vincular. Muestras que nos permiten entrever y conectar, aunque sea momentáneamente, con el pánico que pueden experimentar estas niñas por sentir la necesidad de confiar en otro.

Posiblemente así sea más fácil comprender la fantasía de saltar y zambullirse en el agua, sumergirse y contemplar un mundo completamente diferente. Pero cuando te sumerges sabes que es por un tiempo limitado. No queda más remedio que subir a la superficie y respirar: tienes que volver a tu medio y simplemente lo haces (Escudero, 2020). El grupo se ofrece a modo de oxígeno, como esa bocanada de aire.

El grupo como esa base segura, como ese lugar del que salir y al que regresar con la certeza de ser bien recibido, llegues más temprano o más tarde. De ser alimentado física y emocionalmente, como cuando celebramos la navidad con un desayuno de chocolate con churros o celebramos el cumpleaños de Blanca con su tarta favorita hecha en nuestra casa, la famosa tarta de queso. Y también con esa capacidad de reconfortar, como cuando Blanca se sigue preguntando por qué no la acogió su hermana y se encuentra en un centro de menores y Kim comparte cómo ella tuvo que alejarse y dejar de cuidar de su hermano pequeño para poder cuidar de sí misma y regresar en otro momento. Incluso ser el lugar en el que compartir momentos de felicidad, como cuando Musa comparte que ha comenzado una relación de pareja y se llaman mutuamente *agapornis*. Y todo esto ocurre con el recogimiento que ofrece un grupo y un equipo que se muestra accesible.

Sin embargo, el grupo también se ve acechado por unas sombras, de una u otra manera todas se sienten encarceladas y desean ser liberadas, pero ¿de qué? ¿de quién? ¿cómo? Tienen mie-

do a nunca ser liberadas y quedar completamente solas. Tienen la impresión de que son ellas las que tienen que hacer algo, pero ¿el qué? El miedo paraliza. El tiempo corre y muchas están a punto de cumplir la mayoría de edad.

Recordad lo que supone cumplir dieciocho años para la mayoría de nosotros. Es un momento que se espera con inquietud, nerviosismo, ilusión. Para una niña que se encuentra en un centro supone salir de la tutela de la Administración y, si se es «afortunada», transitar a la emancipación en pisos tutelados hasta entre los veintiún y veinticinco años máximo. El relato que ellas comparten al ver a los niños en los centros es este: *«el día de tu cumpleaños es el último día allí, luego a la calle o a otro sitio que no conoces»*. *«No sabes nada hasta ese mismo día»*. Y la historia se repite, un nuevo abandono, otro desarraigo.

Parémonos, reflexionemos juntos por un momento, la media de edad de emancipación en España son los veintinueve años. Les estamos pidiendo a estos niños y niñas que tengan su proyecto vital construido con dieciocho o diecinueve años. ¿Acaso tenemos todos y cada uno de nosotros decidido el nuestro?

Podríamos decir que están entrenadas en y para la fatalidad. Así han aprendido y saben escapar, saben huir y saben hacer daño, si es necesario. Sin embargo, es curioso, se mueven en la ambivalencia entre escapar y no volver, a la vez que desean ser alcanzadas y que les impidan salir (Escudero, 2020). Eso mismo ha ocurrido en el grupo cuando se ha llegado tarde, se ha faltado... Pero ahí estaba el grupo y el equipo para llamar y volver a acoger. Porque en el fondo saben que en los vínculos a veces se sufre, pero fuera de ellos mucho más.

Algunos se han marchado, llevados por otros (traslado a otros centros, llevados por progenitores...) o huyendo por sí mismos. Aquí, quedan otras pocas debajo del puente, construyendo las bases de lo que luego será su recorrido. A veces, alguna cae a la orilla del río,

pero ahí está el grupo para tender la mano y recogerla y para tender la mano a los que formaron parte y los que la formarán.

Espero que cada una de ellas pueda percibir el reconocimiento como personas valiosas por parte del grupo y el equipo y puedan permitirse ser respetadas y aceptadas. Y cuando estén preparadas, se suban a esos cimientos y recorran ese puente de extremo a extremo, sabiendo que pueden mirar atrás y ver un punto de partida, unas raíces, quizás no las mejores, pero algo suyo propio y a la vez compartido con el resto del grupo.

## CONCLUSIONES

Son muchas las emociones y recuerdos que nos atraviesan a la hora de leer y releer este relato. Esperamos que también vosotros hayáis podido conectar y, quizás, dejaros llevar a momentos y emociones propios en vuestra labor.

Sin lugar a duda, ha sido un proceso arduo, pero necesario para poder recoger todo aquello que parecía inenunciable, poder procesarlo, ponerle palabras y calmar angustias, también las nuestras.

## BIBLIOGRAFÍA

Cyrułnik, B. (2020). *Autobiografía de un espantapájaros: testimonios de resiliencia: el retorno a la vida*. Gedisa.

Díaz, C., Ciudad, L., & Cutillas, M. J. (2020). El viaje de los lobos artísticos: grupo vincular. *Revista Oficial de la Sección de Psicología y salud del COPG.*, 13, 113-121.

Escudero, V. (2020). *Retratos de resiliencia; relatos sobre la emoción y el cambio en psicoterapia*. Sentir editorial.

Jasiner, G. (2019). *La trama de los grupos: dispositivos orientados al sujeto*. Lugar editorial.

Muñoz, B. (2023, 22 febrero). Una obra de teatro contra las ideas falsas sobre los menores tutelados: "Su herida común es el desarraigo". *ElDiario.es*. [https://www.eldiario.es/galicia/obra-teatro-ideas-falsas-menores-tutelados-herida-comun-desarraigo\\_1\\_9960234.html](https://www.eldiario.es/galicia/obra-teatro-ideas-falsas-menores-tutelados-herida-comun-desarraigo_1_9960234.html)

Sardinero, E. & Pedreira J. L. (1990). Juegos grupales y comunidad en salud mental infanto-juvenil. *La concepción operativa de grupo, AEN*, 107-145.



## PÓSTER

# TERAPIA NARRATIVA COMO RECURSO PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN Y LA CONDUCTA SUICIDA DURANTE LA ADOLESCENCIA: RELATO DE UN CASO

**María Salomé Botana Martínez**

*Psicóloga Clínica ACLAD, A Coruña  
Centro de Salud Corsaúde, A Coruña*

[salome.botana.martinez@sergas.es](mailto:salome.botana.martinez@sergas.es)  
[botanasalome@hotmail.com](mailto:botanasalome@hotmail.com)

SUMARIO

GALLEGOS

## RESUMEN

Se presenta el caso de una adolescente (V.) de catorce años que acude a la consulta de Psicología Clínica por bajo estado de ánimo, malestar en relación con las dificultades para gestionar sus emociones, sentimientos de inutilidad, autoevaluación negativa y un intento de suicidio. Dejó de ir a clase y de relacionarse con sus compañeros.

En la exploración clínica, los síntomas que describe son compatibles con la presencia de un episodio depresivo. Durante las consultas, se rescata su interés por los aspectos literarios.

Después de formular el caso, se decide realizar una intervención desde la perspectiva de la terapia narrativa, que propone que la realidad de las personas se construye de forma dinámica a través del lenguaje.

## ABSTRACT

We present the clinical case of a 14-year-old teenager (V.) who came to the Clinical Psychology consultation for low mood, discomfort related to the difficulties in managing her emotions, feelings of worthlessness, negative self-evaluation and a suicide attempt. She stopped going to class and stopped interacting with her peers.

On clinical examination, the symptoms she describes are compatible with the presence of a depressive episode. During the consultations, her interest in the literary aspects was highlighted.

After formulating the case, it was decided to conduct an intervention from the perspective of narrative therapy, which proposes that people's reality is dynamically constructed through language.

## INTRODUCCIÓN

Algunos autores sugieren que los adolescentes están más expuestos a la conducta suicida al ser una etapa en la que se producen una mayor cantidad de cambios emocionales, físicos y sociales. No es extraño que durante estos años les invadan dudas sobre su papel y su propia identidad y, en ocasiones, recurran a conductas suicidas cuando carecen de habilidades para gestionar su malestar.

Desde el enfoque de la terapia narrativa se argumenta que un autoconcepto saturado de dificultades es solo una forma de contar el problema. Su evidencia descansa en el cumplimiento de las características que se consideran necesarias para la eficacia y la efectividad desde la perspectiva de factores comunes.

## OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

La intervención fue guiada a partir de tres objetivos principales: primero, la eliminación de las ideas y comportamientos suicidas, adquiriendo nuevas estrategias adaptativas; segundo, la mejora del estado de ánimo, y, tercero, la restauración de la funcionalidad. Se propone como objetivo específico promover estrategias para modificar el autoconcepto de V., a través de una narración en la que se genere la percepción de autovalía y, con ello, transformar una situación saturada de problemas en un relato en el que se desafían las dificultades.

## APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Se lleva a cabo una primera entrevista con V. y sus padres, en la que se exploran los síntomas clínicos y se recoge la información necesaria para la formulación del caso.

La intervención tuvo una duración de cuatro meses.

Se realizaron nueve sesiones de una hora cada dos semanas.

Durante las sesiones se promovían conversaciones liberadoras, que ayudaran a cuestionar sus problemas y a construir su propia historia.

Entre cada sesión, se proponían tareas relacionadas con la visualización de vídeos, lectura y escritura de relatos.

Durante la quinta sesión, se aprecia la mejora clínica y V. es quien empieza a generar sus propios objetivos, ganando un premio literario con uno de sus dos relatos.

## RESULTADOS

Hacia el final de la intervención, V. muestra una mejoría general en el estado afectivo y en la funcionalidad.

Acude a las clases y presenta un buen rendimiento, además de relacionarse con sus compañeros.

No refiere pensamientos suicidas y mantiene la motivación para conseguir sus metas, entre las que destaca un taller de lectura para niñas que imparte en su tiempo libre.

## CONCLUSIONES

Como es sabido, la mejora clínica adopta estar relacionada con diversas circunstancias. No obstante, la terapia narrativa podría ser un recurso complementario para tratar los síntomas depresivos con ideación suicida.

La construcción de una autoimagen positiva a través de este enfoque, en el que la idea fundamental es que no definimos la realidad que vemos, sino que vemos la realidad que definimos; puede favorecer una adecuada formación de la personalidad y evitar futuros problemas psicológicos.

# Terapia narrativa como recurso para o tratamento da depresión e a conduta suicida durante a adolescencia: relato dun caso.

Botana Martínez, M.S.



Facultativa Especialista de Psicoloxía Clínica, Centro Médico Corsaué, A Coruña

## Introdución

Alguns autores suxiren que os adolescentes están máis expostos á conduta suicida porque é unha etapa na que se producen cambios emocionais, físicos e sociais. Non é estraño que durante estes anos lles invadan dúbidas sobre o seu papel e a súa propia identidade e, en ocasións, recorren a condutas suicidas cando carecen de habilidades para xestionar o seu malestar.

Preséntase o caso dunha adolescente (V.) de 14 anos que acode á consulta de Psicoloxía Clínica por baixo estado de ánimo, malestar en relación ás dificultades para xestionar as súas emocións, sentimentos de inutilidade, autoavaliación negativa e un intento de suicidio. Deixou de ir ás clases e de relacionarse cos seus compañeiros.

Despois de formular o caso, decídese realizar unha intervención desde a perspectiva da terapia narrativa, que propón que a realidade das persoas se constrúe de forma dinámica a través da linguaxe. Desde este enfoque, argumentase que un autoconceito saturado de dificultades é só unha forma de contar o problema. A súa evidencia descansa no cumprimento das características que se consideran necesarias para a eficacia e a efectividade dende a perspectiva de factores común.

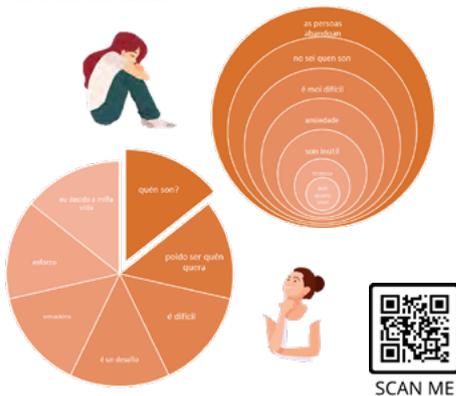
## Caso clínico

- **Identificación da paciente/coautora:** V. é unha muller de 14 anos que vive cos seus pais, ten dúas irmás maiores (19 e 22 anos), alumna de 3º da ESO con moi bo rendemento. A súa nai é médica de atención primaria e o seu pai é profesor.
- **Análise do motivo da consulta:** A paciente é derivada polo seu psiquiatra con diagnóstico previo de episodio depresivo, tras ser dada de alta para un ingreso, despois dun intento de suicidio. Acude a consulta de Psicoloxía Clínica no centro de saúde privado Corsaué, por baixo ánimo, malestar en relación ás dificultades para xestionar as súas emocións, sentimentos de inutilidade, autoavaliación negativa e pensamentos de suicidio. Deixou a ir ás clases e de relacionarse cos seus compañeiros. Exploráronse as excepcións e rescátase o interese polos aspectos literarios.
- **Historia do problema:** Tanto V. como os seus pais consideran que os síntomas comezaron hai uns meses, coincidindo co feito de que a súa irmá mediana, coa que garda moi boa relación, marchou á universidade. Tamén menciona que o seu mellor amigo foi vivir a outra cidade. V. considera que depende das persoas coas que establece vínculos de relación xa que lle axudan a regularse e a saber quen é. Non refire ter presentado síntomas afectivos no pasado e atribúe o episodio á súa inseguridade e falta de autoestima. Expresa malestar en relación coas dificultades para tolerar o malestar e a falta de expectativas de mellora. Sempre disfutou das súas obrigas académicas, pero considera agora o nivel de existencia é demasiado alto para ela. Sinala que un día non puido máis e intentou suicidarse con pastillas.
- Despois de formular o caso, decídese realizar unha intervención desde a perspectiva da terapia narrativa, que propón que a realidade das persoas se constrúe de forma dinámica a través da linguaxe.

Táboa 1.  
Formulación do caso

Linguaxe interna	Solucións identificadas	Resultado
"Son inútil", "non son capaz", "no sei quen son", "non soporto o malestar", "as persoas que quero abandónanme", "non merece a pena facer amigos", "non merece a pena vivir".	Evitación de situacións (obrigas académicas, situacións relacionais, actividades practeras)	Autoimaxe negativa
	Evitación das emocións desagradables (ansiedade e tristeza).	Sentimentos de tristeza e ansiedade.
		Esgotamento e desesperanza
		Ideas/condutas suicidas.

Figura 1.  
Proceso de deconstrución da autoimaxe



## Obxectivos do tratamento

A intervención gíose por tres obxectivos principais: 1) eliminar as ideas e comportamentos suicidas, adquirindo novas estratexias adaptativas. 2) mellorar o estado de ánimo e 3) restaurar a funcionalidade. Como obxectivo específico, propónse promover estratexias para modificar o autoconceito de V. a través dunha narración na que se xere a percepción de autovalía, e con iso, transformar unha situación saturada de problemas nun relato no que desafiar as dificultades.

## Aplicación do tratamento

A intervención durou catro meses. Realizáronse nove sesións dunha hora cada dúas semanas.

Durante as sesións promóvense conversas liberadoras, que axuden a cuestionar os seus problemas e a construír a súa propia historia.

Entre cada sesión propóñense tarefas relacionadas coa visualización de vídeos, lectura e escritura de relatos.

Exemplos: Lectura de biografías e búsqueda de puntos de vista comúns. Atopar nomes de personaxes os seus problemas.

Durante a 5ª sesión, apréciase a mellora clínica e V. comeza a xerar os seus propios obxectivos, gañando un premio literario cun dos seus relatos.

## Evaluación dos resultados

O remate da intervención V. mostra unha mellora xeral no estado afectivo e na funcionalidade. Acude a clases con bo rendimento e estase relacionándose cos seus compañeiros. Non refire pensamentos de suicidio e mantén a motivación para a súas metas, entre a que destaca un obradoiro de lectura para nenas, que imparte no seu tempo libre.

## Conclusións

Sábese que a mellora clínica adoita estar relacionada con diversas circunstancias. Non obstante, a terapia narrativa podería ser un recurso complementario para tratar os síntomas depresivos con ideación suicida. A construción dunha autoimaxe positiva a través deste enfoque, no que a idea fundamental é que non definimos a realidade que vemos, senón que vemos a realidade que definimos, pode favorecer unha adecuada formación da personalidade e evitar futuros problemas psicolóxicos.

# Nº16 Revista Oficial de la Sección de Psicología y Salud del COPG

---

## OBJETIVO DE LA PUBLICACIÓN

El Anuario fue, y es, una publicación abierta. Nace con el propósito de dar voz y oído, de invitar a la reflexión de los que escriben y de los que leen, sobre temas de interés para la Psicología Clínica.

Cada número se vertebra sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluyendo áreas de conocimiento ajenas a la propia, pero que pueden aportar nuevos mapas.

## PERIODICIDAD DE LA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

---

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

---

### AUTORES DE LOS ARTÍCULOS DEL MONOGRÁFICO

Los artículos serán solicitados a los autores por parte del Equipo de Redacción del Anuario, los textos deben ser originales y el estilo será libre, siguiendo el objetivo general marcado por el Equipo.

**LA EXTENSIÓN** máxima será de 17 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

**LA ESTRUCTURA** del artículo será la siguiente:

- Título.
- Autor, lugar de trabajo e e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras) en español o gallego y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en español o gallego y en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias bibliográficas.

---

### ANUARIO ABIERTO: CASOS CLÍNICOS

Se incluirán descripciones de uno o más casos clínicos que supongan una aportación al conocimiento de la psicopatología o de la intervención psicoterapéutica.

**LA EXTENSIÓN** máxima del texto será de 6 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

**LA ESTRUCTURA** del Caso Clínico deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombre apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en gallego o español, y en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Objetivos.
- Intervención.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 referencias bibliográficas.

---

### ANUARIO ABIERTO: ARTÍCULOS LIBRES

Se incluirán trabajos originales en los que se describan trabajos de investigación o revisiones teóricas de temáticas psicológicas, desde un punto de vista clínico o asistencial.

**LA EXTENSIÓN** máxima del texto será de 17 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

**LA ESTRUCTURA** de la Comunicación Libre deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombre y apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en gallego o español, y en inglés.
- Introducción.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 referencias bibliográficas.