



Pasaje Castavi Nº 3-1º-2ª  
07800 Eivissa. Islas Baleares. España  
Teléfono/Fax: 971393264. NIF: G57577892  
[adisamef@gmail.com](mailto:adisamef@gmail.com) y [adisamef.secretaria@gmail.com](mailto:adisamef.secretaria@gmail.com)  
[www.adisamef.com](http://www.adisamef.com)

## **II JORNADAS PITIUSAS PRO SALUD MENTAL SOBRE “LA CRISIS PSICOLÓGICA EN EL SER HUMANO Y EN SUS DIFERENTES CONTEXTOS”.**

DÍAS 8, 9 Y 10 DE OCTUBRE DE 2009 EN IBIZA.

### **RESUMEN DE LAS PONENCIAS**

JUEVES 8 DE OCTUBRE.

TALLERES.

PONENCIA: “CRISIS PSICOLOGICA Y ENFERMEDAD DISCAPACITANTE”

PONENTE: MANUEL ALONSO Y FERNANDEZ-REVUELTA. Pediatra.

Desde mi punto de vista como Pediatra y Medico del Adolescente, no puedo enfocar la “enfermedad discapacitante” desde su aspecto laboral, si no por la influencia de estos síndromes, trastornos y enfermedades en la asistencia a los centros docentes y su repercusión en el rendimiento escolar, la formación del niño o adolescente y los subsiguientes problemas personales, familiares o sociales.

Desde el punto de vista de la sistematización yo dividiría de una forma esquemática las enfermedades, desordenes y síndromes discapacitante que pueden repercutir en el rendimiento de los escolares, en los siguientes Grupos:

- 1.-Enfermedades congénitas o adquiridas con afectación del sistema músculo esquelético que pueden dificultar la deambulación, la sedestación y la movilidad.
  - 2.-Enfermedades que afecten a los órganos sensoriales, esencialmente ojos, oídos y órganos de la fonación.
  - 3.-Metabolopatias que necesitan de dietas específicas y/o medicación horaria.
  - 4.-Enfermedades estacionales que interrumpen el ritmo cotidiano de actividad y del sueño.
  - 5.-Obesidad y anorexia.
  - 6.-Trastornos psicológicos y psiquiátricos.
  - 7.-Enfermedades infecciosas.
  - 8.-Conductas de riesgo.
- 1.1.-RAQUIS: Espina bífida, neurofibromatosis, escoliosis idiopática, hernia discal, espondilolistesis, etc. 1.2.-CADERA: Sinovitis, artritis séptica, displasia congénita,

epifoliosis, Perthes. 1.3.-MIEMBROS INFERIORES: Dismetrías. Dolores del crecimiento, en rodilla Osgood-Scatter, quiste de Baker, pies planos-varo-zambo-uña incarnata.

1.4.-MIEMBROS SUPERIORES Y CUELLO.- Tortícolis, luxación y fractura de clavícula, malformaciones de las manos (polidactilia, sindactilia), laxitud ligamentosa (Ehler- Danlos y Marfan) 2.1.-OJOS: Queratitis actínica, causticaciones, cuerpos extraños, conjuntivitis, defectos de agudeza visual (ambliopía, estrabismo, miopía, hipermetropía, etc.)

2.2.-OIDOS. -Otitis media aguda, Otitis media recurrente, hipoacusias congénitas, perinatales o posnatales. Diagnóstico precoz. Sordomudez. 2.3.-ORGANOS FONACION:Malformaciones congénitas (Atresia laríngea, estenosis subglótica, laringomalacia) Enfermedades víricas o bacterianas (Crup, epiglottitis, traqueítis, absceso retro faríngeo). Causas no infecciosas: Cuerpo extraño, aspiración humo, trauma laríngeo.

METABOLOPATIAS. 3.1. -Diabetes mellitus: Insulinodependiente. Enseñar su manejo a pacientes, padres y profesores. Dieta adecuada y control del ejercicio físico. 3.2.- Hipoglucemia. Intolerancia transitoria al ayuno, malabsorción intestinal, otros trastornos metabólicos. 3.3. -Alergias alimentarias: Gluten, lactosa, frutos secos, huevo, pescado azul.

ENFERMEDADES ESTACIONALES. 4.1. -Rinitis alérgicas que causan trastornos del sueño. 4.2. -Conjuntivitis alérgicas, ya tratadas en el apartado 2º. 4.3. -Asma, enfermedad muy conocida en su etiología y tratamiento pero que sigue alterando el rendimiento escolar.

OBESIDAD Y ANOREXIA. Ambas son consecuencia de la actual cultura. El parámetro más fiable para medir la obesidad es el Índice de Masa Corporal ( $IMC = \text{Peso en KG} / \text{Talla en CMS}^2$ ). Se considera obesidad + 2 Desviación Estándar, De 1985 al 2002 ha pasado del 16% al 32 %. La anorexia se debe a un mito cultural que equipara estar "flaca" a triunfar en la vida. Peligrosísimo.

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS. De esto hablarán con más fundamento mis compañeros. Solo enumerare algunos: Cefaleas, mareo y vértigo, TDAH (Muy de moda en la actualidad y cajón de sastre para todo). Hacer referencia a los superdotados que curiosamente pueden tener problemas escolares y a las consecuencias del maltrato físico o psíquico.

ENFERMEDES INFECCIOSAS. Meningitis, Tuberculosis (Reactivada por la importación con la inmigración), Mononucleosis SIDA, etc.

CONDUCTAS DE RIESGO EN EL ADOLESCENTE. Consumo de drogas (Tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas). Inicio precoz de relaciones sexuales, embarazo no deseado, interrupción del embarazo, sífilis (otra que rebrota), gonococia, herpes genital, etc. "La Píldora del día Después" El consumo de esta bomba de relojería, sin control sanitario, requeriría un muy amplio debate. Accidentes de tráfico generalmente de moto.

Estas son unas pinceladas para que padres, educadores y psicólogos tengan en cuenta la cantidad de factores discapacitantes que pueden influir en el rendimiento escolar y por ende en el futuro profesional y en la maduración

PONENTE: JOSÉ SEGADOR PARRA. Médico de familia.

En diferentes circunstancias de la vida, a casi todos los seres humanos se les presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado de crisis emotiva, la cual, si no es resuelta adecuadamente, conlleva el riesgo de padecer graves problemas psicológicos.

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado básicamente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y conceptualmente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas que le llevaban a lograr resultados importantes.

Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vitalmente clave, ante un evento emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su existencia. El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan. El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

La intervención llevada a cabo por profesionales de la Salud Mental, así como otros agentes sociales o profesionales, puede ofrecer una ayuda inmediata para aquellas personas que atraviesan por una crisis y necesitan restablecer su equilibrio emocional.

#### PRINCIPALES ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE AFECTAN A LOS ANCIANOS EN TODO EL MUNDO

Enfermedades cardiovasculares

Hipertensión

Accidente cerebrovascular

Diabetes y obesidad

Cáncer

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Enfermedades músculo esqueléticas

Enfermedades mentales (demencia y depresión)

Ceguera y alteraciones visuales

A pesar de que éstas son las enfermedades que más frecuentemente provocan incapacidad, al menos en Occidente, EL DIAGNOSTICO ES UN POBRE PREDICTOR de crisis psicológica, ya que ésta depende de una serie de predictores de la declinación funcional. Los que se han identificado como tales en ancianos son:

Edad

Género

Vivir solo

Institucionalización

Diagnósticos neurológicos o mentales

Comorbilidad

ABCf, ABCi

Delirium

Estado cognoscitivo

Estado marital

Raza

Índices compuestos

Los individuos expuestos a una crisis por una enfermedad discapacitante experimentan un “duelo” de la función o funciones perdidas, que clásicamente en psiquiatría se ha venido describiendo en cinco fases a lo largo del tiempo:

1. Desconcierto e incredulidad. Es la primera reacción ante la noticia: “Esto no me está pasando a mí”. Es la negación de la realidad, un alejamiento del hecho para intentar paliar los efectos del acontecimiento.
2. Tristeza profunda y agresividad. Se producen reacciones de ira y descontento, incluso ante quienes les rodean, angustiados por ser el protagonista de una desgracia.
3. Negociación. El sujeto, ya resignado a su discapacidad, intenta negociar con el medio que le rodea.
4. Desesperación y depresión. Con apatía, tristeza y fragilidad, nos vamos haciendo a la idea de una pérdida o trastorno irreversible. Es la silenciosa resignación.
5. Aceptación y paz. Va reapareciendo la necesidad de centrarse en las actividades cotidianas, de abrirse a las relaciones sociales, de adaptarse a la nueva situación.

A continuación se exponen dos casos clínicos reales de profunda crisis, uno de los cuales se resuelve y el otro está en una fase de negociación en la actualidad.

PASO 2: Enfermedad clínica

PASO 3: Limitación funcional

PASO 4: Discapacidad (Pérdida de Roles)

**La Enfermedad discapacitante** corresponde a aquella que genera una reducción parcial o total de la capacidad de desarrollar una actividad o función dentro de los límites que se consideran normales.

PONENCIA: “CRISIS PSICOLÓGICA Y FRACASO ESCOLAR”

PONENTE: VICENT PI NAVARRO. Psicólogo Clínico y Psicoanalista.

Se atribuye un fracaso escolar en España del 30%. Muchos especialistas no comparten estos datos que provienen de Europa y comparan nuestra escuela con el resto de países desarrollados. La sensación en los profesores, en las instituciones educativas, en la sociedad española en general es que hay fracaso escolar, violencia, falta de autoridad y absentismo.

El fracaso escolar se atribuye a los alumnos y sobre ellos se realizan las pruebas de valoración. El fracaso escolar es un fracaso del alumno que no llega a los mínimos que exige el profesor, los niveles básicos de la escuela o a las titulaciones como el graduado escolar.

Vamos a defender que el fracaso escolar es ante todo de la sociedad, después de la escuela y familia, los profesores y finalmente lo sufre el alumno. También que se basa en los conocimientos, que se enfatiza más las enseñanzas y que se valora menos la educación de los hijos y alumnos en ciertos sectores sociales.

Es decir, la responsabilidad se ha invertido, en vez de ser de los padres y profesores, es de los hijos y alumnos. Para ellos se buscan culpables, no permitiendo el pensamiento reflexivo y el cambio personal o institucional: el que tiene que cambiar es el otro, normalmente el alumno.

El que fracasa, tendremos que pensar, es el que tiene mayor responsabilidad, tiene la función de cuidar, proteger y educar. Sabemos que estas funciones no son fáciles de aplicar y hay alumnos con problemas genéticos, constitucionales o ambientales que requieren una atención especial.

Sin embargo, parece que si las dificultades provienen de la genética, las enfermedades constitucionales, los problemas neuronales, los cambios sociales, los problemas familiares, fundamentan un determinismo que apacigua la responsabilidad del adulto. No es así, somos una totalidad que no se puede parcializar y siempre se puede influir y cambiar, transformar, aunque la zona de desarrollo próximo esté limitada. Es en lo psíquico que se puede mejorar y en la escuela se puede trabajar abarcando lo cognitivo, lo afectivo y lo social. Para ello se requiere climas escolares y familiares flexibles, reflexivos, ecológicos, coherentes, con adultos que cumplen sus funciones. A eso, en educación le llamamos constructivismo y aprendizaje significativo, escuela cooperativa e inclusiva, que respeta la diversidad y se enriquece de ella.

Para la exposición hipotetizaremos que la sociedad actual ha cambiado y en algunos grupos humanos hay un déficit estructural, es decir, no se cumplen las funciones que tienen encomendadas. Hablaremos desde la vertiente psicopedagógica y los alumnos que sufren ese fracaso escolar.

Para ellos determinaremos que también sufren de déficit de su estructura mental por sus experiencias traumáticas de tipo afectivo que influyen en sus rendimientos cognitivos, pero que son invisibles para el adulto sus problemas sociales y afectivos. Solo así se puede entender la correlación entre fracaso en los aprendizajes de los conocimientos, absentismo, violencia escolar, adicciones,...

El déficit estructural mental afecta por lo tanto a las cogniciones, las funciones mentales, las relaciones sociales y las emociones, junto con las enfermedades genéticas, constitucionales,... que afecten al cuerpo.

Desde esta perspectiva los instrumentos escolares para atender la diversidad como la escuela inclusiva, el constructivismo, el aprendizaje significativo o las adaptaciones curriculares, fallan en sus usos, se hacen formales, sin atender los principios por los cuales se constituyeron.

También los recursos materiales y personales para atender a los alumnos con necesidades educativas fallan en sus usos, no hay especialización según los ejes que hemos dicho de las áreas afectivas y sociales, en la labor de educar. Hay formalismo, burocratización y acción defensiva ante el vínculo afectivo del aprendizaje, sobre todo cuando el alumno presenta problemas.

Al final la autoestima del alumno se deteriora más porque la situación escolar de fracaso agranda sus déficits sobre todo afectivos y retorna a la situación traumática de desamparo. Solo tenemos que pensar que hablamos de déficit de atención, u otros déficits cognitivos (no comprende, no se le queda,..) pero no los déficits sociales y afectivos.

Sobre esos déficits tendremos que investigar, para ayudar a nuestros alumnos o hijos, resolviendo nuestros propios déficits estructurales.

Cada vez más, se está tomando como concepto de estudio la idea de **falta de mentalización** o **déficit en la función reflexiva**, en el sentido de que el alumno no conoce sus estados mentales (emociones, deseos, intenciones, sensaciones, pensamientos,...) y que los otros también las poseen. Se dice que los alumnos **no tienen teoría de la mente** y no perciben que el semejante siente emociones, sensaciones e ideas. Tienden a crear doctrina, a convencer y a tener un pensamiento único, ideas rígidas y estereotipadas que a veces pretenden extenderlas consiguiendo adeptos. Pero esta función reflexiva puede fallar también en el adulto.

**El trabajo vincular reflexivo de hipótesis, trabajar la diversidad y la escuela inclusiva, los proyectos individuales y de aula, partir de los intereses particulares de estos alumnos para socializarlos, forman un entramado metodológico para la escuela constructivista.**

El clima escolar para ello tiene que ser distendido, flexible, reflexivo, seguro, confiado, comprensivo, con tiempo, el currículo como pretexto para escuchar, entender, relacionarse, buscando más el aprendizaje emocional que el curricular, generar situaciones naturales, espontáneas, partir de la experiencia, crear proyectos de investigación, utilizar los medios audiovisuales, el ordenador, Internet, la imagen visual, los mapas conceptuales, la lectura, dentro del vínculo social, dar responsabilidades que generan confianza y estima. El alumno tiene que sentir que en nuestra mente son una totalidad, que nos ocupamos de ellos, no los parcializamos solo como fracaso en la lectura, las sociales o el absentismo.

No es bueno por lo tanto un clima escolar distante, frío, controlador, repetitivo, formal, directivo y el profesor se tiene que manifestar humano en el sentido de que tiene deseos, emociones, sensaciones, dificultades,...

Buscan estos alumnos la complicidad del profesor y su relación dual, que hay que mantener, como referente en el centro, para que no se pierdan, se desorienten y confundan, volviéndose violentos.

PONENCIA: "CRISIS PSICOLÓGICA Y OBESIDAD INFANTE-JUVENIL. CONSECUENCIAS PSICOSOMÁTICAS Y PSICOSOCIALES".

PONENTE: BARTOLOMÉ BONET SERRA. Pediatra.

En los últimos 20 años se ha producido, en la población infantil un importante aumento en la incidencia de obesidad y sobrepeso, afectando entre un 20 y 30% de la población. El aumento de la incidencia de niños obesos es consecuencia de un balance positivo del consumo de calorías, es decir se consumen más calorías de las que se gastan. En el presente trabajo analizaremos algunos de los factores que, desde nuestro punto de vista han provocado el aumento de la obesidad, así como nuestra aproximación terapéutica ante dicho problema.

En primer lugar decidimos analizar el consumo calórico de los niños con obesidad que asistían a nuestra consulta de Endocrinología Pediátrica por obesidad, para ello llevamos a cabo una encuesta dietética de una semana de duración y a partir de ella se analizó el consumo de calorías y la composición de la dieta. El mismo análisis se realizó en un grupo de niños delgados. Ante nuestra sorpresa, observamos que los niños obesos presentan un ingesta de aproximadamente el 90% de las calorías recomendadas para una población de su misma edad y sexo, claramente inferior a la que toman los niños delgados de su misma edad que era del 102% de las calorías recomendadas. Es decir, en el grupo de niños estudiados la obesidad no parece ser consecuencia de una sobre alimentación.

¿Es la falta de actividad física la causa de la mayor incidencia de obesidad?, para estudiar este fenómeno decidimos analizar si los niños obesos presentaban alguna alteración física que dificultase la realización de ejercicio. Observamos que los niños obesos en su mayoría presenta un grado importante de genu valgo (Bonet y col, An Pediatría, 2004), alteración que dificulta la marcha, hace que los niños se caigan con mayor frecuencia y por lo tanto no tengan un buen físico para realizar ejercicio. En una

sociedad tan competitiva, el ser el más torpe del grupo, no constituye un buen estímulo para realizar ejercicio, esto favorece se lleve a cabo una vida más sedentaria y por lo tanto el desarrollo de obesidad, esto es especialmente fácil en una sociedad donde existen múltiples formas sedentarias de entretenimiento. Además, la sociedad, en general, no facilita que los niños hagan ejercicio. Las ciudades con sus calles llenas de coches y sin espacios para el esparcimiento de los niños hacen difícil las actividades físicas al aire libre. Los gimnasios y las instalaciones deportivas municipales suelen estar saturadas y no siempre es fácil disponer de una plaza para realizar actividad física. Todo esto se ve exacerbado por el hecho de que en los colegios, el programa de actividad física suele limitarse a 2 o 3 horas a la semana.

¿La obesidad en niños, tiene consecuencias para la salud? Estudios realizados por nuestro grupo (Bonet y col, An Pediatría 2003; Bonet y col, Diabetic Medicine, 2007), así como por otros grupos de clínicos e investigadores, han puesto de manifiesto que los niños obesos presentan resistencia a la insulina, elevación de los triglicéridos plasmáticos, disminución del colesterol de las HDL, inflamación crónica,... factores que se han asociado con una mayor incidencia de Diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares. Estas enfermedades, hasta hace poco, típicas de la edad adulta, son ya comunes en la adolescencia.

¿Existen formas eficaces de tratamiento de la obesidad infantil? La respuesta es simplemente no, son muy pocos los estudios donde se ponga de manifiesto alguna forma de intervención que permita facilitar, de forma mantenida, la disminución de peso. Evidentemente, esto provoca una cierta decepción tanto en el paciente como en el médico. Por ello hace unos años decidimos desarrollar sesiones mensuales de terapia de grupo para niños y adolescentes obesos (Bonet y col, An Pediatría 2007). En estas sesiones se daban charlas sobre nutrición, ejercicio... se facilitaba la participación de los niños, dejando que expresasen sus propios sentimientos, sus frustraciones,.. y finalmente el niño que mejor había evolucionado a lo largo del mes se le daba un premio que era financiado por el grupo (cada niño tenía que pagar 2 euros por el premio). Con este tipo de intervención conseguimos mejores resultados que con las visitas médicas tradicionales, donde muy pocos niños perdían peso.

En resumen, podemos observar que como consecuencia de los cambios sociales desarrollados en los últimos 20-30 años, se ha incrementado de forma alarmante la tasa de niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad, fenómeno que constituye un problema sanitario de primer orden, tanto por sus repercusiones síquicas como físicas. Sin formas eficaces de prevención y tratamiento las consecuencias a medio-largo plazo pueden constituir un problema de salud pública de primer orden.

MESA REDONDA. JUEVES 8 DE OCTUBRE

TEMA: "LA CRISIS PSICOLÓGICA Y SU ATENCIÓN EN NUESTRA COMUNIDAD. SU ABORDAJE DESDE DISTINTOS ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN: SERVICIOS SANITARIOS, EDUCATIVOS, SOCIALES, AFECTADOS, FAMILIAS. ¿QUÉ SE HACE, QUÉ NO SE HACE, QUÉ SE DEBERÍA Y PODRÍA HACER EN ESTOS CASOS?"

PONENCIA: LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LAS CRISIS PSICOLÓGICAS DE LA ADOLESCENCIA.

PONENTE: BORO MIRALLES I VALERO. Dpt. d'Orientació Educativa. IES Marratxí. Mallorca.

En el ámbito educativo intentamos aplicar la máxima fidelidad normativa pero priorizando que el proceso realizado por un determinado discente con algún signo, síntoma o síndrome de trastorno psicológico es mucho más importante que el fruto final de su mucho o poco esfuerzo de aprendizaje. Es la *psicología del proceso* más que de los objetivos finales.

El contexto clínico es un escenario parcial de la totalidad de la experiencia personal de una persona, de un alumno adolescente. Un paréntesis de sanación, por dónde hay que pasar porque le ha tocado vivir eso, pero se resisten, en una clara y desafiante actitud del que cree que va a vivir eternamente. Después hay que volver a la calle, con los amigos, al centro educativo, a lo real de cada día. Porque los adolescentes están en edad de escolarización obligatoria, y eso significa que también lo están los padres, como máximos responsables, código civil en mano.

Uno de los hechos que me gustaría reseñar es que determinados trastornos de la adolescencia pueden hacer tambalear la dinámica familiar, haciendo brotar conflictos de relación, sobretodo entre la madre y el padre, pero también entre los hermanos, por falta de comunicación y consenso entre los padres, por disensión en el funcionamiento familiar, confusión de roles, déficits de límites en las pautas convivenciales, falta de claridad en las normas y en las responsabilidades de cada uno, discriminación parental por razón de sexo, un "coleguismo" confuso como falso sucedáneo de una confianza clara y bien ubicada en la trama familiar, etc.

*El abordaje biopsicosocial donde lo educativo y lo psicoterapéutico se engarzan de forma eficiente y no solo por derivaciones protocolarias, es una vía correcta para trabajar con adolescentes-alumnos.* En la establecida percepción del tratamiento de los TM no severos de "curar con fármacos" o "curar con palabras", naturalmente escogemos la segunda, sin cerrarle el paso a la primera, siempre que así lo consideren los profesionales de la salud mental. Y estos profesionales deberían de tener en cuenta que cuando les recetan un cóctel antidepresivo a un/a adolescente de 14-15 años, su capacidad cognitiva se va a ver mermada notablemente por los efectos secundarios de estos psicofármacos: la somnolencia en clase, su imposibilidad de concentración y perseverancia, hace que su dinámica en el grupo-clase sea deficitaria y no se sienta bien en un clima dónde podía desarrollar unas relaciones entre iguales más o menos normalizadas.

Hemos de establecer un medio con el mínimo factores de riesgo para los adolescentes y que su capacidad de resiliencia pueda favorecer un desarrollo socio-afectivo normal, por medio de la intersubjetividad entre iguales y entre adolescente (como alumno) y adultos (como docentes).

En un marco de intervención tan complejo y de amplio espectro como el educativo en la ESO, el Bachillerato y los Ciclos Formativos de Formación Profesional, trataremos cuatro aspectos que considero claves en como enfocamos la prevención y la intervención psicopedagógica para alumnos adolescentes y jóvenes.

1. La evaluación psicopedagógica, como dimensión más normativa y académica para establecer el puente necesario entre los alumnos de NESE (necesidades específicas de soporte educativo) y el contexto asistencial clínico-psicopatológico. La realización de la evaluación psicopedagógica tiene la finalidad de desarrollar las medidas de atención a la diversidad que se consideren necesarias para una educación no excluyente que armonice el amplio espectro de perfiles de nuestros adolescentes en edad legal de escolarización, con criterios -tanto pedagógicos como psicológicos- de funcionamiento colectivo y en la dinámica de grupos, por una parte, y por otra, en la atención a la diversidad con metodología inclusiva, la flexibilidad y adaptabilidad en los

entornos docentes, así como el máximo nivel posible de personalización de la acción educativa y tutorial.

2. Las adicciones no químicas y su apogeo adolescente: la ciberadicción como tecnopatía aparece con la introducción masiva de las TIC (tecnologías de la información y la comunicación): Internet, el teléfono móvil, la TV y los videojuegos están considerados potenciales objetos de adicción. Y en este grupo es la ciberadicción por extensión, la que puede provocar de manera más generalizada el IAD o desorden de adicción a Internet.

Sin pretender psicopatologizar la vida cotidiana, lo que diferencia el uso estándar de la red del uso patológico es la aparición de la privación del sueño, pérdida de interés por sus entornos más cercanos, el abandono de actividades de relación familiar, social y laboral, inhabilidad para desconectarse de la red, disminución de la actividad física, síndrome de abstinencia, etc. Todo ello correlacionado con la marcha académica y el rendimiento educativo de los alumnos adolescentes. Entre un 10 y 15% de la población de los países desarrollados sufren las tecnoadicciones. Según los expertos, la prevención debe realizarse a partir de los 5 años, aunque el mayor riesgo está entre los 13-18 años. Sin embargo, la adicción a los productos y servicios tecnológicos puede afectar a cualquier persona, independientemente de su edad, sexo, ocupación, nivel educativo y religión.

3. El tratamiento de las pérdidas y el duelo consiguiente tal y como se puede plantear en el ámbito educativo es necesario ante situaciones de fracaso relevante, sufrimiento, pérdida o muerte, donde los adolescentes suelen mostrar una crisis adaptativa que alcanza el entorno educativo (conductas inadaptadas y/o disruptivas, bajo rendimiento, desmotivación...), durante la cual los adultos con los que les resulta más fácil establecer una relación de vínculo empático pueden favorecerle la expresión emocional relativa a lo que está viviendo, facilitando así un buen reajuste psicosocial que repercutirá positivamente no sólo de manera paliativa, sino preventiva. Entre los acontecimientos prevalentes podemos citar: enfermedades graves, crónicas o terminales, muerte de familiares o amigos, separación o divorcio, suicidios de iguales, rupturas emocionales, padres en situación de paro de larga duración, cambio de ciudad, de país, de cultura.

4. El empuje de la dimensión emocional como investigación implosiva en el campo de la inteligencia. La inteligencia emocional es la capacidad para alcanzar el punto de equilibrio entre la emotividad y la racionalidad, que permite el autocontrol de los impulsos emocionales, la comprensión de los sentimientos profundos de sí mismo y del otro y maneja con fluidez, flexibilidad, tolerancia y amabilidad las relaciones con las personas de su entorno. La IE está en la base para el desarrollo de las aptitudes de autoconocimiento, empatía, cooperación, ecuanimidad y resolución de conflictos.

La infancia y la adolescencia son las etapas clave para asimilar las destrezas emocionales fundamentales que gobernarán el resto de nuestras vidas. Vemos gradualmente como en los adolescentes crecen las tendencias al aislamiento, la depresión, la ira, la falta de disciplina y de respeto, la ansiedad, el negativismo, la impulsividad, la ruptura de vínculos con los padres y familiares... En definitiva, problemas emocionales y mapas existenciales sin límites cognitivos ni éticos.

Las contratendencias que pueden frenar estos factores desde el campo del sistema educativo formal, es la educación integral que deberían de recibir los estudiantes adolescentes, con la inclusión de valores intrínsecos como la apertura, el humor, la sinceridad, el valor, la paciencia, la tolerancia, la perseverancia... Y de habilidades tan

esencialmente humanas como el autoconocimiento, el autocontrol, la autoestima, la empatía, el arte de escuchar, aprender a solucionar problemas y la colaboración y solidaridad con los otros. Así podríamos aportar más inteligencia a nuestras emociones, más civismo a nuestras calles y más afecto a nuestra vida social.

**PONENCIA: LA CRISIS EN LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL Y SUS FAMILIAS.**

**PONENTE: IRENE ESCANDELL MANCHÓN.** Presidenta de APFEM.

A lo largo de nuestra vida todos pasamos por momentos de crisis que alteran su buen funcionamiento y pueden conducir a cambios decisivos y de consecuencias importantes.

Se puede pasar por una crisis sin relevancia o por una crisis donde la vida se pone en juego, con un sufrimiento psíquico y un impacto emocional de tal magnitud que sólo con ayuda se podrá salir de ella.

La crisis que padece una persona con enfermedad mental conduce a un estado culminante de máxima gravedad y riesgo, de consecuencias importantes; prolongarla innecesariamente provoca un sufrimiento inútil.

Cuando se llega a ella, la familia, angustiada, no sabe cómo actuar ni qué medidas tomar ante esa situación. Necesita ayuda, poder llamar y tener respuesta inmediata: que el médico de cabecera o en su defecto, el médico de guardia del centro de salud correspondiente, con el asesoramiento del psiquiatra del paciente o del psiquiatra de guardia, acuda para valorar la situación, que éste pueda disponer de un equipo sanitario formado capaz de contener a la persona enferma si está en situación de alto grado de riesgo e ingresarla, si es necesario. De este modo, se controlaría la crisis y la vuelta a la realidad tanto del enfermo como de la familia.

Este servicio debería actuar con la misma rapidez y medios con que se actúa en las crisis de otras enfermedades o circunstancias en las que puede haber riesgo de muerte (llámense problemas cardíacos, accidentes de tráfico, etc.).

Se debería tener un protocolo de actuación y proceder haciendo lo que en aquel momento sea lo mejor para la persona enferma.

**SE DEBERÍA TRATAR DE CALMAR AL ENFERMO CON PALABRAS, MEDICACIÓN O TRASLADO, CON LAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN ADECUADAS PARA SU ENFERMEDAD, APLICADAS POR PERSONAL SANITARIO ESPECÍFICAMENTE FORMADO.**

Todos sabemos que no se procede así en estos momentos y no es posible hacerlo porque no se dispone del equipo necesario. Este déficit que presenta el Sistema Sanitario hace que se ponga en riesgo la seguridad de la persona y, en muchos casos, su vida. Es en este estado cuando son más vulnerables, por lo que necesitan la máxima atención por parte de un personal cualificado que sepa conducir al enfermo sin riesgos para su integridad y dignidad.

Conocemos demasiados casos lamentables de fallecimiento en estas circunstancias, por un traslado impropio, incluyendo persecuciones inadecuadas por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Actualmente, éstas acuden cuando el enfermo se descompensa y son quienes regularmente se encargan de dicho traslado. No son ellas a quienes compete atender a esta persona. Si, por alguna razón, son ellas las

primeras en acudir, deberían actuar de la misma forma y seguir el mismo protocolo con que actúan para atender un problema cardíaco o un accidente de tráfico, etc.

Si se hiciera de este modo, no tendríamos que asistir al triste espectáculo del enfermo esposado a la camilla, escoltado por la policía, chillando o perseguido a tiros por la guardia civil. Se evitaría tener que reducirle en plena calle, poniéndole las esposas y metiéndole en un coche patrulla, como si se tratara de un maleante. Así, no sólo se echan por tierra todas las campañas contra el estigma, sino que se conculcan todos sus derechos como ser humano.

Estas actuaciones son malas prácticas y sólo conducen, cuando menos, a nuevas recaídas. Es hora de que a las personas con enfermedad mental se las trate con la misma atención y estándares de calidad que se tratan las demás enfermedades. Una actuación inadecuada solo provoca sufrimiento y perjuicio a la persona enferma y a su familia. Estas lagunas, estos fallos, sólo nos revelan un mal funcionamiento de la Asistencia Sanitaria.

Las Instituciones se mueven con una lentitud desesperante a la hora de crear servicios para las personas con enfermedad mental. Las enfermedades mentales en cuanto a su adecuada atención, continúan en el vagón de cola respecto al conjunto de las enfermedades que padece el ser humano.

Cuando nos preguntamos: ¿Por qué se llega a estas situaciones tan graves de crisis?, ¿Por qué presiones indeseables se llega a la crisis? La respuesta quizás la podamos encontrar preguntándonos a su vez familiares, profesionales y amigos y a los políticos. Si alguien se hunde, “¿por qué se hunde?”, posiblemente porque no tenga unas manos que lo sostengan. Y si se enfurece, “¿Por qué se enfurece?”, ¿acaso porque no se le respetan sus derechos?

PONENCIA: “LA CRISIS PSICOLÓGICA DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL Y SU ABORDAJE ASOCIATIVO.

PONENTE: MARÍA FURNIET MURIEL. Presidenta de DEFORSAM.

En diferentes circunstancias de la vida, a casi todas las personas se les presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado de crisis emotiva, la cual, si no es resuelta adecuadamente, conlleva el riesgo de padecer graves problemas psicológicos. La intervención con el uso de Primeros Auxilios Psicológicos es muy importante, y es ahí donde el papel de las asociaciones se considera fundamental para conseguir la superación personal y social de la situación que precipita la crisis.

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado básicamente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y conceptualmente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas que le llevaban a lograr resultados importantes.

Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vitalmente clave para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de

crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su existencia. El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan. El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en claro desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

La intervención llevada a cabo por profesionales de la Salud Mental en colaboración con las asociaciones de enfermos, puede ofrecer una ayuda inmediata y multidisciplinar para aquellas personas que atraviesan por una crisis y necesitan restablecer su equilibrio emocional.

Para que una situación precipite una crisis, estas deben ser percibidas por el individuo como una amenaza, un daño o una pérdida (Parod, 1965). Por tanto, no es el evento en sí lo que origina la crisis, sino el significado que el individuo le otorga en términos de potencial amenaza o daño para su proyecto vital, así como con relación a la percepción de recursos disponibles para hacerles frente (Lazarus y Folkman, 1984).

Es la incapacidad para llegar a la resolución del problema mediante el uso de estrategias de afrontamiento lo que da lugar a la aparición de la crisis. En este aspecto, es donde los beneficios que ofrecen las asociaciones a las personas necesitadas tiene una mayor importancia, ya que sólo con el apoyo diario de profesionales que conocen las particularidades de cada uno de los beneficiarios, y las diferentes terapias de integración social que se realizan en dichas asociaciones, podrán afrontar y adaptarse a las nuevas situaciones.

Es habitual la presencia de determinadas reacciones cognitivas, emocionales y conductuales, muchas de las cuales son manifestaciones normales e incluso aconsejables, por lo que no deben ser reprimidas. Pero resulta fundamental que los profesionales estén atentos a la presencia o desarrollo de manifestaciones “no normales”, y para el mejor control de dichas manifestaciones, son las asociaciones de enfermos y su personal que con el contacto diario con los beneficiarios pueden controlar y trabajar mejor sobre estos aspectos.

Las manifestaciones asociadas a la crisis psicológica son diversas y abarca diferentes aspectos como pueden ser emocionales, cognitivos, fisiológicas y conductuales, por lo que las terapias deben ser de carácter multidisciplinar y enfocado a los diferentes problemas que se presenten. En este aspecto, las asociaciones utilizan diariamente diferentes terapias para combatir y colaborar con el trabajo del personal médico como pueden ser:

- Entrenamiento en habilidades de manejo ante situaciones que provocan estrés.
- Entrenamiento en habilidades interpersonales.
- Desarrollo de sistemas de apoyo grupal.
- Mejora de las condiciones socio~laborales.

- Equilibrio entre la vida laboral, social y privada.
- Desarrollo de expectativas realistas.
- Desarrollo de sistemas de apoyo sistemático y tras situaciones de estrés.

Como conclusión podemos afirmar el beneficioso papel que desempeñan las asociaciones en la crisis psicológica que permiten a los profesionales sanitarios ampliar sus terapias médicas habituales hacia una estrategia multidisciplinar que obtendrá su mayor beneficio en la cercanía de dichas asociaciones a los beneficiarios.

En nuestro caso, desde Deforsam creemos en las terapias coordinadas y multidisciplinarias por lo que trabajamos en estrecha relación con el personal médico del área de salud de Eivissa y Formentera y con las familias de los beneficiarios, apostando día a día por mejorar las situaciones a las que se enfrentan las personas con enfermedad mental crónica y para ayudarles a superar estas dificultades, desarrollando un programa de inserción socio~laboral que trata de abarcar las diferentes necesidades personales.

PONENTE: JAUME MOREY CANELLAS. Psiquiatra.

La ponencia tendrá una introducción en la que haré una revisión de la breve historia de la ciencia en lo que respecta a este concepto. Después, trataré de explicar los diferentes tipos de crisis que se reconocen desde la salud mental, haciendo especial énfasis en la salud mental de la infancia y adolescencia. También intentaré proporcionar una visión de los factores que influyen sobre las crisis y especialmente los del individuo, así como la forma de mejorarlas clínicamente.

Después, repasaré lo que hoy día se hace en nuestra comunidad autónoma en el sentido de la crisis, y para acabar, me propongo hablar de las últimas revisiones de la literatura actual sobre el tema, así como de sus recomendaciones.

VIERNES, 9 DE OCTUBRE.

CONFERENCIA INAUGURAL: "CRISIS Y DESARROLLO EN LA INFANCIA".

CONFERENCIANTE: JUAN MANZANO GARRIDO. Psiquiatra y Psicoanalista.

La crisis en el niño está determinada por la fase de su desarrollo en que se encuentra y por tanto, por la organización individual del niño; pero también y simultáneamente por la naturaleza del funcionamiento psíquico de los padres. Frecuentemente, aparece la crisis en el niño cuando los padres no consiguen proteger a su hijo frente a su propia angustia.

La noción de crisis re-introduce una visión ambiental referida a una situación estresante de un modo más dialéctico que cuando utilizamos el concepto de trauma, sobre todo cuando se generaliza este concepto. En este caso, el concepto de trauma supone una noción -que no comparto- que deja entrever una ausencia de acción "creadora" del acontecimiento por parte del niño. El trauma no se refiere más que a la naturaleza del acontecimiento; la crisis sin embargo nos orienta hacia una modalidad de reacción del individuo y a la no-división entre reactividad y acontecimiento en interacción recíproca.

Presentaré la visión general de desarrollo del niño a partir de la cual se puede comprender mejor la noción de crisis. Desarrollaré los diferentes tipos de crisis evolutivas y accidentales. Presentaré ejemplos clínicos y modos de intervención.

MESA REDONDA: “LA CRISIS PSICOLÓGICA EN DIFERENTES CONTEXTOS”

PONENCIA: “LA CRISIS EN LA RELACIÓN DE PAREJA”

PONENTE: Francisco Iglesias Miranda. Psicólogo. Mediador familiar.

La falta de comunicación o la comunicación defectuosa son las causas más comunes que refieren las personas que acuden a terapia o deciden separarse, por lo que se puede considerar a la comunicación un buen termómetro de la crisis en pareja.

Además de mantener la situación de la misma forma, sin cambios (“hasta que el cuerpo aguante”) o tratar de buscar estrategias para mejorar la relación y seguir en pareja, otra forma de respuesta ante la crisis es poner fin a la relación y buscar el bienestar por separado.

Las opciones para poner fin a la convivencia son:

- La separación de hecho
- Las fórmulas judiciales: mutuo acuerdo y contencioso
- Y Mediación Familiar

Actualmente hablar de Mediación Familiar ya no es hablar de algo desconocido, de hecho son diez las comunidades que cuentan con una ley que regula el ejercicio de la Mediación, entre ellas Baleares (LEY 18/2006 de 22 de noviembre), y en la reforma de la Ley del Divorcio de 2005 se contempla la posibilidad de suspender el proceso judicial para acudir a Mediación.

La Mediación Familiar es un proceso voluntario y confidencial, una alternativa válida a los procesos judiciales de separación conyugal o divorcio, resuelve los aspectos legales teniendo en cuenta el proceso de cambio y adaptación de cada miembro de la familia con la ayuda de un profesional cualificado e imparcial, el mediador, que facilita a la pareja que decidan por ellos mismos como organizarse con los hijos y con sus bienes una vez que ponen fin a su convivencia.

El uso de la Mediación consigue:

- Reducir el coste emocional de estos procesos
- Evitar procesos judiciales largos y costosos
- Promover la autodeterminación, ya que son los propios interesados los únicos responsables de tomar decisiones, por lo tanto favorece el cumplimiento posterior de los acuerdos alcanzados
- Fomenta la coparentalidad, es decir continuar siendo padre y madre después de la ruptura de la pareja
- Favorece la adaptación de todos los miembros de la familia a la nueva estructura familiar

Existen distintos modelos de aplicación de la Mediación, el Modelo de Competencia (T.Bernal, 1991) basa su eficacia en la relación que se crea entre las partes y el mediador, y propone una estructura para el proceso de Mediación.

Las partes encuentran en la relación con el profesional la posibilidad de resolver sus conflictos de forma dialogada y menos conflictiva, y adquieren recursos que les hacen competentes para tomar decisiones encaminadas a ello, por su parte, el profesional cuenta con un programa de ejecución estructurado y con las técnicas adecuadas que le ayudan a guiar el proceso facilitando a la pareja a gestionar su ruptura.

Este programa de Mediación para la ruptura de pareja lleva funcionando desde 1990 a través el apoyo del actual Ministerio de Sanidad y Política Social, la Asociación Atención y Mediación a la Familia en Proceso de Cambio, ATYME, es la responsable de la gestión del Centro de Mediación, que con carácter estatal lleva prestando sus servicios en Madrid desde entonces, atendiendo a más de 2000 familias en este tiempo.

El estudio estadístico de los casos revela que el 82% de las parejas que inician el programa, tras conocer su funcionamiento y haber aceptado sus bases, consiguen acuerdos en todos los puntos necesarios para regular el fin de su convivencia, y que se mantienen los acuerdos alcanzados en Mediación en un 94%, además, los usuarios del Programa destacan como aspectos positivos del mismo: el trato recibido, la imparcialidad y la información.

MESA REDONDA: “LA CRISIS PSICOLÓGICA EN DIFERENTES CONTEXTOS”

PONENCIA: “LA CRISIS EN LA FAMILIA”

PONENTE: MARÍA TERESA SUÁREZ RODRÍGUEZ. Psiquiatra y Psicoterapeuta de orientación sistémica.

Las crisis familiares afectan a los individuos que componen el sistema familiar. Una visión holística del individuo, que entiende a este incluido en un contexto, permite analizar los síntomas que habitualmente pensamos que corresponden a un determinado trastorno mental, como comportamientos que tienen sentido en el contexto significativo del individuo. Es obvio que uno de los sistemas más significativos para cualquier individuo a lo largo del ciclo vital va a ser el familiar: las crisis en la familia afectan a sus miembros, los cambios y crisis en estos miembros cuestionan el funcionamiento familiar, se retroalimentan.

La terapia de familia ha tomado analogías de diferentes campos científicos para abordar las crisis en general y de modo específico las familiares.: la teoría de la comunicación, la cibernética de primero y segundo orden, la termodinámica, el constructivismo, la teoría de la catástrofe... iluminan la comprensión de los factores que llevan a los sistemas hacia la crisis, las turbulencias que en ellas se producen y las salidas de la mismas, tanto las evolutivas, caracterizadas porque el sistema sale de ellas con una mayor complejidad, como aquéllas que se abortan a través de los síntomas o conducen incluso a la destrucción del sistema.

Crisis en la familia, crisis de la familia, crisis en los paradigmas en los que se apoya la comprensión de los trastornos mentales, son ejes interconectados, hablar de uno de ellos nos lleva necesariamente a pensar en el resto: cada crisis en una familia es indisoluble de la crisis social de la familia, y para su abordaje nos apoyamos en paradigmas en permanente ebullición y cambio.

## **Comprensión sistémica de la crisis**

Partiendo de una visión cibernética de la familia, viéndola tal como propuso Jackson como un sistema regulado por reglas y orientado hacia metas, se concluye que las familias entran en crisis ante acontecimientos procedentes del interior o del exterior del sistema, que hacen sus reglas inoperantes y que detienen sus metas.

Partiendo de la Teoría de la Crisis de Linderman (1944) y de la visión de Erikson sobre el desarrollo del individuo, Rodes describe un ciclo vital familiar marcado por 7 etapas, el paso de una a otra vendrá precedido por una crisis evolutiva o sintomática dependiendo de la flexibilidad o rigidez del sistema. Acontecimientos importantes jalonan cada una de ellas: La primera fase va de la formación de la pareja al nacimiento del primer hijo, la segunda finaliza cuando el último hijo empieza la escolaridad, la tercera va de la escolarización a la adolescencia, en la cuarta la llegada de los hijos a la adolescencia implica mayor autonomía entre generaciones y que se instauren relaciones recíprocas entre ellas. Tras la salida de los hijos de casa, (quinta fase), las reglas familiares se reorganizan para dar paso a relaciones entre adultos, lo que da paso, en la sexta fase, al periodo pos-parental, en el que el redescubrimiento de la pareja es la tarea fundamental. Finalmente la séptima fase abarca el periodo que va desde la jubilación hasta la muerte, la familia debe abordar múltiples eventos: duelo laboral, enfermedades, muerte del primer cónyuge.

Ni el género es lo que era (por los cambios en los roles de género intra- familiares) ni el ciclo vital sigue los mismos cauces que antes: los patrones de crianza, el momento de incorporación de los hijos a la escuela, la turbulencia y el largo proceso de autonomización entre generaciones ligado al paro, a estudios interminables, que prolongan la dependencia económica, el aumento de la esperanza de vida que hace cada vez más frecuente la aparición de graves enfermedades propias de este último periodo de la vida (demencias entre otras), todo ello ha modificado las fases del ciclo vital, generándose serias tensiones intrafamiliares con incongruencias entre los valores sociales imperantes, las necesidades individuales y generacionales, y las escasas posibilidades de encontrar nuevas alternativas

La separación entre las crisis evolutivas, donde los eventos que las inducen proceden del interior del sistema y las crisis accidentales, procedentes de acontecimientos exteriores a la familia (crisis económicas, despido laboral...) es una herramienta de trabajo de escasa utilidad; trabajamos de hecho con interconexiones y el desafío de la complejidad es inevitable.

Desde la perspectiva cibernética veíamos la crisis como una perturbación de la adaptación interna o externa de la familia, donde las reglas previas no sirven para conseguir un equilibrio y se precisa una reestructuración del sistema. Se analizan así las fases de la crisis: ante un cierto estímulo (interior o exterior), se produce en la familia un aumento de la tensión y se ponen en marcha mecanismos para neutralizar la tensión creada. Ante la persistencia del estímulo y la falta de éxito de estas respuestas, aumenta la tensión y el sistema se vuelve inefectivo. A partir de este punto, bien se produce una redefinición de la situación que permite resolver el problema o, si no se consigue y la tensión continúa, se llega al punto de ruptura. A menudo, este miedo a la ruptura en las familias cronifica las crisis o conduce al estallido familiar.

## **¿Riesgo u oportunidad?**

Las crisis presentan tantos elementos inhabituales, se hace tan evidente la necesidad de distanciarse de los viejos patrones relacionales que, en tanto que conocidos, daban seguridad, que la sensación de riesgo, de peligro, aparece como algo consustancial con la crisis. El mantenimiento de la coherencia del sistema va a implicar no obstante la superposición de la vieja estructura con la que está en curso de elaboración.

*La crisis no es la avería de la familia* que necesita reparación. En las crisis la familia pierde el control sobre su historia, se cuestiona lo que antes era previsible en las relaciones privilegiadas, previsión que daba a la familia su coherencia. La historia no se detiene pero se produce una disfunción, la incertidumbre conduce a la pérdida del sentido de pertenencia.

Actualmente los terapeutas de familia buscan en la Teoría de las Catástrofes (R. Thom) nuevas bases para abordar las crisis. Pese al aspecto abrupto en que aparecen las mismas, se observa que ya antes habían aparecido cambios graduales sin significado aparente los cuales, bajo determinadas condiciones, pueden conducir a una gran mutación.

Puede haber crisis sin cambio pero no cambios sin crisis: el reto es predecir cuando el resultado de la misma llevará a una mayor complejidad o a la destrucción del sistema. El estudio de las variables de estado (estudio de la estructura familiar) y las variables de control (ligadas al tiempo y al espacio) permiten deducir las circunstancias en las que una familia puede entrar en crisis y los mecanismos que pondrá en juego para abordarla.

### **Resistencias de los modelos clínicos ante la crisis del modelo de familia.**

Hablamos a menudo de familia sin tener claro de que tipo de organización estamos hablando. El paso del medio rural al medio urbano deja atrás el modelo de familia extensa para dar paso a la familia nuclear, más adaptada a la vida urbana. Este cambio está lejos de ser el último acaecido, la familia nuclear, a menudo identificada como el patrón "normal" de familia, ha entrado también en crisis, en la sociedad de la posmodernidad se abre ante nuestros ojos un amplio abanico de modelos familiares.

La escasa credibilidad de la institución matrimonial, el aumento de separaciones y divorcios así como el incremento de hijos concebidos fuera de la relación matrimonial, los cambios legislativos que permiten el matrimonio de parejas homosexuales, la aspiración de estos al derecho de adoptar...son hechos nuevos, no hay recetas establecidas, hay que aceptar la incertidumbre a la hora de elegir las propias reglas relacionales en cada pareja.

Encontramos toda una gama de variedades de familias y parejas: matrimonios eclesíásticos, civiles, parejas de hecho, familias nucleares, extensas, monoparentales, homosexuales, reconstituidas, los cada más frecuentes "singles", que emergen fruto de la sacralización de la libertad y la autonomía...A pesar de esta evidencia, se tiende a equiparar normalidad con familia nuclear, la diversidad nos aparece como algo incómodo, las nuevas formas familiares son consideradas como transicionales esperando tal vez que un nuevo tipo de familia, propio del siglo XXI pueda aparecer.

Más allá de los aspectos institucionales y legislativos, vivimos en el interior de la pareja cambios de roles, en una evolución progresiva desde la desigualdad a la igualdad y a la vez la diferencia. No es el único cambio que afecta a la familia: las relaciones entre generaciones, el cuestionamiento de los patrones de crianza tradicionales, la incorporación de la mujer al trabajo, la contradicción entre el culto a la autonomía y una evolución social que aumenta los periodos de dependencia, los cambios en los

valores, en los que prima la competitividad, el éxito, la búsqueda de la eterna juventud...son variables que familias y sociedad están en pleno proceso de gestión.

Queda quizás pendiente la crisis de nuestro “ojo de observador clínico”, necesaria para poder percibir los nexos de unión entre cambios sociales, idiosincrasia familiar y síntomas individuales. Sin esta crisis difícilmente podremos abordar las llamadas nuevas patologías en Salud Mental.

Un repaso a la **violencia intrafamiliar, a los trastornos de la alimentación, a las nuevas formas de presentación y evolución de las psicosis, el aspecto epidémico de los trastornos de personalidad**, nos debería llevar a la conclusión de la necesidad de abrir nuestra visión diagnóstica y nuestro abanico terapéutico evitando el pensamiento único, incorporando analogías de nuevos paradigmas científicos a la hora de abordar estas crisis y sus nuevas expresiones sintomáticas. Esta crisis pendiente es necesaria para la supervivencia psicológica de nuestros pacientes y para la credibilidad de nuestra profesión.

MESA REDONDA: “LA CRISIS PSICOLÓGICA EN DIFERENTES CONTEXTOS”

PONENCIA: “LA CRISIS EN EL CUIDADOR FAMILIAR”.

PONENTE: RAMÓN SORIANO CABRERA. Representante de ASPANOB en Ibiza.

Recibir la noticia de que un hijo o hija tiene cáncer supone un gran impacto sobre los padres.

Independientemente del tipo de cáncer, el diagnóstico provoca una serie de sentimientos en los padres de difícil superación (culpa, negación, ira, miedo)

Estas reacciones, en determinadas situaciones, pueden llegar a interferir en la capacidad de comprensión de los padres.

### **El cáncer infantil:**

Agrupar a las enfermedades caracterizadas por una proliferación celular anómala y que afectan a la infancia desde el período prenatal hasta la pubertad

#### Características del cáncer infantil:

- Es una enfermedad rara
  - Es una enfermedad grave
  - Implica tratamientos largos y agresivos
  - Larga duración de tratamientos: 6 meses/2 años
  - Provoca Hospitalizaciones frecuentes
  - Puede ocasionar secuelas
  - Es la 2ª causa de mortalidad infantil en los países desarrollados
  - Pese a los avances sigue teniendo un pronóstico incierto
  - Posibilidad de recaídas
- 
- Implica repercusiones temporales y/o permanentes para:
    - Familiares: Padres, hermanos,...
    - Niño / Adolescente enfermo
      - Físicas
      - Psicológicas
      - Educativas...

### Elemento Normalizador:

#### **ASPANOB**

Fundada en 1.987 (22 años)

Grupo de padres afectados unidos por la enfermedad de uno de sus hijos.

Cobertura para toda Baleares

Niños afectados por una enfermedad oncohematológica de 0 a 18 años.  
**ASPANOB** es la **ÚNICA ENTIDAD**, pública o privada que trabaja en nuestra Comunidad con este colectivo

Proporciona los recursos necesarios para mejorar la calidad de vida

- Conocen los problemas a los que se enfrentan las familias
- Ofrecen apoyo y ayuda para paliar los problemas
- Comparten experiencias y apoyo con otras familias
- Se constituyen como grupo que puede detectar necesidades y reclamar soluciones

Programas de Atención Integral al niño oncológico y su familia de ASPANOB

- Pisos de Acogida
- Apoyo Psicológico
- Soporte Escolar
- Atención Social
- Ayudas Económicas
- Actividades de Ocio y Tiempo Libre

MESA REDONDA: “LA CRISIS PSICOLÓGICA EN DIFERENTES CONTEXTOS”

PONENCIA: “LA CRISIS EN EL CUIDADOR PROFESIONAL”

PONENTE: JUAN LARBÁN VERA. Psiquiatra y Psicoterapeuta.

*Contenido: Esencia y Ética del acto de cuidar. Cuidador y funciones del cuidador. Cuidador profesional y cuidador familiar. Riesgo y consecuencias psicopatológicas en el cuidador profesional; repercusión en sus cuidados. Burn Out o Síndrome del trabajador “quemado”, Estrés, y Crisis Psicológica en el cuidador profesional. Cuidados del cuidador. Papel de la crisis psicológica en el cuidador profesional. Factores protectores de la salud del cuidador profesional y, resiliencia. Conclusiones.*

#### **RESUMEN**

Cuidar: Asistir a alguien que lo necesita.

El acto de cuidar del otro implica también y ante todo, conocerse y saber cuidarse.

Ser cuidador supone poner a prueba en la realidad externa lo interiorizado de la experiencia, (realidad interna) de haber sido, y de ser cuidado por el otro. Todos los humanos hemos nacido para ser cuidados necesariamente por el otro.

La situación de inmadurez neurobiológica (Neotenia) del ser humano al nacer lo coloca en una situación de dependencia total de quien le cuida a diferencia de lo que ocurre con otras especies animales. Esta prolongada y gran dependencia interactiva, por lo que supone de impregnación cultural, facilita y hace necesario el acceso al simbolismo y al mundo del lenguaje. Podríamos decir que básicamente, el lenguaje hablado ha sido inventado y desarrollado por la especie humana para poder designar y hablar de lo ausente que no puede ser alcanzado ni señalado.

El ser humano puede ser definido como el Ser que requiere ser cuidado para seguir siendo lo que es; como el Ser que sólo si es cuidado puede llegar a desarrollar sus potencialidades que son extraordinarias. (Plasticidad neuronal).

Ser cuidador como su nombre indica, forma parte del “Ser”, de la naturaleza profunda del ser humano, forma parte del instinto de conservación de la especie humana o si se prefiere, de la “pulsión de autoconservación” del ser humano y es algo que tenemos potencialmente desde nuestro nacimiento. Que se desarrolle más o menos este aspecto de la personalidad estará condicionado por la experiencia de lo vivido en la interacción con el entorno.

Ser cuidador y ejercer la función de cuidador pueden ser aspectos complementarios pero también antagónicos.

La forma en que desarrollaremos nuestra función de cuidador estará influenciada, (consciente e inconscientemente) que no predeterminada, por la forma en que hemos sido cuidados y sobre todo, por lo que hemos hecho y estamos haciendo “de y con” esos cuidados, los que hemos tenido, los que no hemos tenido, y los que tendremos, tanto en el aspecto de dar como de recibir cuidados.

La esencia del acto de cuidar implica entre otros, una serie de condiciones éticas y formativas, de cualidades comunicativas y relacionales tales como una escucha atenta, comprensiva y empática del sufrimiento, de los problemas y de las

necesidades del otro por parte del cuidador, así como una actitud de respeto de la autonomía, de la personalidad, de las creencias, de los objetivos, y del ritmo evolutivo del otro que cuidamos.

A diferencia del cuidador profesional que hace de su profesión cuidadora una elección, el cuidador familiar de referencia se ve obligado a cuidar y cuidarse de su familiar afectado muchas veces sin el soporte, preparación y formación adecuados. Esta situación representa para él una fuente de frustraciones, de inseguridades, de sentimientos de tristeza, rabia, impotencia y desamparo que le colocan en una situación de riesgo de sufrir una crisis y de enfermar.

Las asociaciones de afectados y sus familiares pueden constituir para él ese soporte necesario para cuidarse, y a la vez, cuidar mejor al otro, además de sentirse comprendido y acompañado en el proceso de cuidados en el que está inmerso. Los grupos de autoayuda llamados multifamiliares, contribuyen a proporcionar al cuidador familiar, además de al afectado, los cuidados necesarios que ambos necesitan.

El cuidador profesional en teoría, tendría menos riesgo de enfermar al ejercer su función cuidadora ya que se supone que lo hace con el soporte y la formación adecuados. No obstante, la falta de cuidados adecuados y la negación de la necesidad de dichos cuidados tanto por parte del profesional cuidador como por parte de la institución a la que pertenece, le coloca también en una situación de riesgo para su salud que se podría evitar. La supervisión de situaciones difíciles, penosas, y a veces traumáticas, vividas en el ejercicio de su profesión permite al cuidador una mejor calidad asistencial y constituye para él, un factor preventivo de la enfermedad profesional.

Dentro de la formación continuada del profesional cuidador, las instituciones tendrían que posibilitar la creación y desarrollo de un espacio de reflexión grupal sobre lo que se hace y lo que se omite; un espacio que permita la contención y elaboración-integración de las ansiedades, dificultades, temores, errores, fracasos, etc., del cuidador; espacio en el que se pudiese sentir acompañado y apoyado a lo largo del recorrido que él hace con la persona que cuida.

La patología derivada de un estado de frustración permanente debida a la falta de recursos asistenciales adecuados y necesarios, pero también debida, a la dimensión narcisista de su personalidad, colocan a algunos profesionales en situación de riesgo

de padecer el síndrome del trabajador “quemado” o el síndrome de estrés crónico, con graves consecuencias para su salud y para el sistema de cuidados.

La capacidad de manejarse en situaciones difíciles y conflictivas, de afrontar las situaciones de crisis psicológicas, tanto evolutivas como circunstanciales, colocan al cuidador que reúne estas características en una posición privilegiada para gestionar, con nuevos recursos, el proceso de cambio imperioso y necesario que le ha impuesto la situación de crisis, evitando así en muchos casos, verse atrapado en una dinámica interactiva circular de no cambio, tanto en él, como en la interacción con el otro que cuida.

La personalidad, los valores, las actitudes, las aptitudes relacionales y comunicativas, - tanto cognitivas como emocionales- la empatía del cuidador, su historia personal, su experiencia, formación y motivación, así como la comprensión y el manejo adecuados de las circunstancias y el contexto de los cuidados que efectúa, incluida la relación de cuidados que establece, influyen poderosamente no solamente en la calidad y eficacia de los cuidados prestados al sujeto-objeto de sus cuidados, sino también, en el establecimiento de un vínculo de confianza y seguridad que potencia la resiliencia de la persona que es cuidada y la del propio cuidador.

En el proceso de selección del profesional cuidador tendrían que tenerse en cuenta no solamente su grado de capacitación y competencia profesional sino también, todos estos factores, características y habilidades personales y profesionales enumerados, de forma que, no solamente contribuyamos así, a una mejora de la calidad asistencial, sino también, a una disminución de los factores de riesgo, tanto en el cuidador, como en la persona y familia objeto de sus cuidados.

MESA REDONDA: “CRISIS PSICOLÓGICA Y ENFERMEDAD”

PONENCIA:”ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO DE LO PSICOSOMÁTICO Y DE LO AUTÍSTICO PRIMARIO, EN LAS PRIMERAS SEMANAS DE VIDA: INTERACCIÓN TRAUMATÓGENA Y DEFENSAS PSICOPATOLÓGICAS TEMPRANAS”

PONENTE: PASCUAL PALAU SUBIELA. Psicólogo Clínico, Psicoterapeuta y Psicosomatólogo.

Los procesos autísticos primarios pertenecen a las primeras manifestaciones psicopatológicas observables en bebés de pocas semanas de vida. Aunque el futuro desarrollo psíquico del bebé pequeño es impredecible, la aparición de unos comportamientos cercanos ó idénticos a la semiología claramente identificada como autística en edades más avanzadas, nos obliga a intervenir para valorar y tratar las condiciones patógenas que rodean su aparición. Condiciones frecuentemente producidas por una situación de crisis de naturaleza traumática, sufrida por la madre ó por ambos padres.

El riesgo de que los procesos autísticos primarios puedan producir, a corto o a largo plazo, unos efectos autistizantes que desemboquen en el desarrollo de una psicopatología del Espectro Autista, no puede ser pasado por alto ni minimizado en su riesgo. La intervención preventiva, que no predictiva, es imprescindible.

El análisis de la etiología conducente a la aparición de estos comportamientos revela, la mayor parte de las veces, una exposición interactiva precoz de naturaleza traumatógena, ante la que el bebé intenta protegerse mediante mecanismos intrapsíquicos y comportamentales que se convierten muy pronto en recursos patológicos. De este modo encontramos que estas manifestaciones comportamentales son la expresión de procesos intrapsíquicos antitraumáticos que pueden desarrollarse en las primeras semanas de vida, como también sucede con ciertos trastornos psicosomáticos.

Esperanzadoramente, en los bebés tratados en una época muy temprana, dentro de los primeros días ó semanas de vida, incluso dentro de los primeros meses, la reversibilidad es muy alta cuando la atención psicoterapéutica incluye a los padres.

Como la clínica presentada en ésta ponencia permite observar, la patología psicosomática y la psicopatología autistizante pueden hacer su aparición en los primeros días de vida ó en el primer mes de vida del bebé y sucederse ó combinarse, en diferentes tiempos, en el contexto de la utilización de unas defensas psíquicas, para evitar el sufrimiento emocional que el bebé experimenta en la interacción con aquellos que lo crían y sufren.

Ambas patologías se encuentran directamente relacionadas con el estado emocional de sus padres, que es más diverso y complejo que los estados depresivos post-natales ó pre-natales, muy citados como etiología desencadenante de trastornos psicopatológicos en el bebé.

La psicopatología muy temprana de los bebés se enlaza frecuentemente con estados traumáticos (de naturaleza diversa) que la madre ó los dos padres cursan más ó menos en silencio. Es muy frecuente que lo traumático haya sido la antesala de lo depresivo y permanezca activo después, sin que se repare en ello.

La utilización muy precoz de los complejos mecanismos psíquicos antitraumáticos (comportamentales e intrapsíquicos), que el bebé puede usar desde las primeras semanas de vida, va a colocar a la madre, muy pronto, en una situación de gran

dificultad para desarrollar una buena comunicación y una adecuada comprensión empática, afectiva y preverbal, con su bebé y consigo misma.

El sufrimiento interior experimentado por estas madres y estos padres es enorme y debemos de auxiliarles, cuanto antes, con unas intervenciones que detecten las señales de riesgo que su bebé puede manifestar desde los primeros días de vida extrauterina

Una adecuada coordinación entre el equipo pediátrico neonatológico, que incluye necesariamente a enfermería, y al psicólogo clínico infantil ó al psiquiatra infantil (que deben de ser psicoterapeutas especializados en el tratamiento conjunto del bebé con su madre y su padre, y especializados en psicopatología perinatal), es esencial para desarrollar una detección verdaderamente precoz de las situaciones de riesgo e iniciar su tratamiento psicoterapéutico en el tiempo y en lugar adecuado.

PONENCIA: "CRISIS Y ENFERMEDAD MENTAL".

PONENTE: JOSÉ LEAL RUBIO. Psicólogo Clínico y Psicoanalista.

En primer lugar me gustaría hacer una introducción con la que exponer mi concepción de la crisis o de las crisis.

Entiendo que las crisis son las formas en que todo ser vivo se enfrenta a los cambios inevitables, casi siempre, impredecibles e indeseados muchas veces, que jalonan su vida.

Hay distintas formas de entender las crisis como cambios. Una de ellas es pensarla como un hecho negativo porque amenaza el equilibrio preexistente. Podríamos decir que dicha concepción es conservadora y tiende a entender que la el desarrollo vital es permanentemente armónico y que debe huir de los cambios por desequilibrantes.

Otra posición entiende que la vida es fundamentalmente cambio. Que el ser humano es una totalidad abierta, siempre en vías de hacerse, siempre inacabado. Y que es justamente ese inacabamiento que le permite estar en una disposición permanente para el cambio. De donde podemos desprender que cambio y crisis son dos conceptos cercanos. Podemos afirmar que las crisis son los modos en que se evidencia los cambios y tienen efectos productivos o reproductivos. De hecho, a lo largo de nuestra vida tenemos ocasiones frecuentes de reproducir estereotipadamente comportamientos mas o menos ya conocidos o de producir conocimiento o comportamientos nuevos. Esa dialéctica reproducción-producción no está lejana a la dialéctica instituido-instituyente que, desde los institucionalistas, nos lleva a entender las tensiones organizacionales y sociales.

A ese tipo de tensiones estamos expuestos a todo lo largo de nuestra vida. De manera que en tanto somos sujetos en construcción, permanente estamos expuestos a la necesidad de revisar nuestros ajustes a las necesidades nuevas que van apareciendo, tanto desde nuestro interior como desde el exterior. Interior y exterior están siempre interconectados. Con nuestros comportamientos y actitudes modificamos en alguna medida las condiciones del mundo que nos rodea y las características de este mundo, que siempre es cambiante, no nos dejan impasibles, nos afectan, y a la modificación resultante respondemos como podemos en función de nuestros mecanismos y capacidades personales.

Vivir es, pues, estar en crisis en el sentido de estar predispuesto a cambios. De esto se desprende que entiendo los cambios como efectos de las crisis y por ésta entiendo

una de las acepciones que aparecen en el Diccionario de Maria Moliner y que es "momento en que se produce un cambio muy marcado en algo". Añadiendo, no obstante, una salvedad, más que momento yo entiendo que la crisis es un proceso en el que coexisten momentos de sufrimiento, incluso de desorganización -pensemos en algunos momentos de la pubertad y adolescencia- y de creatividad gozosa, crecimiento y enriquecimiento. Al fin y al cabo la historia, personal y colectiva, se construye a través de crisis más o menos vistosas. Aquí hay que recordar que el estado de salud de un grupo o de un sujeto no es la ausencia de conflicto sino la posibilidad de hacerle frente.

Construimos la vida afrontando crisis y su buena resolución nos favorece, incrementa la conciencia de recursos adecuados y estimula su desarrollo. O a la inversa, evidencia la carencia y esa percepción inelaborable de la misma hace temer una nueva crisis y mina las fuerzas ya limitadas del sujeto.

El trastorno psíquico es, entre otras cosas, un trastorno de la relación y se expresa siempre como un trastorno vincular. Eso ocurre porque el sujeto no tiene medios para hacer frente a las situaciones normalmente difíciles que le presenta el vivir y crecer o porque el contexto social en el que se encuentra le demanda exigencias a las que no puede dar satisfacción. El resultado es el conflicto psíquico o la enfermedad mental en diferentes niveles de expresión.

La predisposición a los cambios es un factor de protección en una sociedad permanentemente cambiante. Podríamos decir que es un signo de salud. La rigidez frente a los cambios es una fuente de conflicto y malestar.

Cuando en el campo de la Salud Mental hablamos de "crisis" casi siempre nos estamos refiriendo a un momento o situación temida en un sujeto a quien reconocemos una insuficiente capacidad para afrontar los avatares que esa situación conlleva. De modo que, cuando hablamos de crisis en relación con un sujeto que sufre un trastorno mental, lo hacemos desde la perspectiva de recaída, daño y agravamiento del problema existente. Y, en efecto, nuestra experiencia nos dice que, con mucha frecuencia, las personas con un trastorno mental y en especial cuando éste es grave y más si ya ha dejado secuelas y daños, viven los cambios de una manera más traumática que los que no padecen enfermedad mental. Decimos que un factor de protección es la ausencia o disminución de los cambios en su contexto. Eso es así pero también hemos de pensar las consecuencias que se derivan de esa concepción de los cambios. Porque la persona que padece un trastorno mental aún con sus hándicaps, también sigue en un permanente proceso de construcción como todos los demás. Con el agravante de que ha de continuar en construcción y, a la vez, en re-construcción o re-habilitación de aquellos aspectos que quedaron dañados con lo que llamamos "crisis".

La persona que padece un trastorno mental también atraviesa crisis como consecuencia de la necesidad que, como ser vivo, tiene de irse adecuando a las necesidades de su contexto. La ausencia de crisis planteada como algo a evitar e indicador de mejoría o estabilidad no hemos de considerarla como indicador de que nada ocurre hasta que ésta se produce, como si la vida de la persona con enfermedad mental tuviera que ser anodina y siempre igual, día a día. La crisis en tanto ruptura traumática del equilibrio conseguido es algo a evitar pero esa evitación no debe tapar nuestro convencimiento de que el sujeto sigue vivo y, por ende, en permanente esfuerzo de cambio e incluso de éxito en dicho esfuerzo.

Si acaso deberíamos distinguir entre atravesar crisis cotidianas, cosa que también hace la persona con enfermedad mental, y la experiencia traumática de desorganización por la intensidad de tal crisis o por la ausencia de respuestas contenedoras adecuadas y necesarias por parte de su entorno.

Porque lo que hace que una crisis desemboque en crecimiento y otra lo haga en un daño inmediato o en problemas psicológicos subsecuentes es la gravedad del suceso o sucesos que la desencadenan; los recursos personales disponibles y las dotaciones mayores o menores para manejar las tensiones de la vida; y los contactos y recursos sociales existentes en el momento de la crisis.

Todo cambio vivido en principio como amenazante, lo es en tanto que mueve en nosotros la conciencia de vulnerabilidad, es decir, de sabernos vulnerables. Pero para muchos sujetos ciertas situaciones de cambio y cierta vivencia amenazadora de los cambios tiene que ver con la intensa herida que dejó la experiencia de haber sido vulnerado. Esta conciencia de vulneración y de daño recibido así como el dolor que lo acompaña influye como potenciador e intensificador de la crisis que, en otro sujeto con otra vivencia sería menor.

Intentaré plantear algunas cuestiones referidas a las características de las crisis graves en las personas con un trastorno mental y los modos de atención.

PONENCIA: CRISIS Y ENFERMEDAD CRÓNICA E INCURABLE”

PONENTE: PALOMA MARTÍNEZ COLOMINA. Psico-Oncóloga.

La enfermedad crónica es una enfermedad de larga duración y por lo general de progresión lenta. Supone un proceso incurable y con un desarrollo poco predecible.

Según la OMS, las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 60% de las muertes.

El diagnóstico de una enfermedad crónica supone una crisis en todo ser humano. Toda crisis en la enfermedad requerirá de cambios debido a las pérdidas derivadas de ésta y cada pérdida supondrá un proceso de readaptación a la nueva situación, incluida la adaptación al proceso personal de muerte.

Las crisis exigen esfuerzos extras por parte de las personas para adaptarse a ellos. Estos esfuerzos supondrán la movilización de recursos personales, sociales, emocionales, económicos.... Cuando los sujetos disponen de estos recursos y son suficientes se conseguirá la readaptación o adaptación a la nueva situación o enfermedad crónica. Pero cuando el sujeto carece de dichos recursos no se consigue la readaptación y puede aparecer el trastorno emocional.

Los profesionales sanitarios y sociales son los mejores mediadores para ayudar a los pacientes diagnosticados de enfermedades crónicas a desarrollar las habilidades de afrontamiento necesarias para conseguir la readaptación a su nueva condición de enfermo crónico.

Una buena intervención supondrá un mejor ajuste a la enfermedad crónica y disminución de la angustia y sufrimiento tanto físico, psicológico, social, laboral y económico de los pacientes. Conocer la enfermedad desde un punto de vista biopsicosocial y las diferentes etapas (etapa diagnóstica, tratamientos, etapa de libertad de enfermedad o ausencia de síntomas y etapa paliativa) y pérdidas (físicas, sociales, laborales...) que sufre un enfermo crónico, nos ayudará a comprender y anticipar las crisis y pérdidas desde el momento del diagnóstico iniciando la intervención con el paciente desde el principio, minimizando los posibles desajustes futuros.

SÁBADO, 10 DE OCTUBRE.

MESA REDONDA: “LA CRISIS PSICOLÓGICA EN EL CONTEXTO EVOLUTIVO DEL SER HUMANO”.

PONENCIA: “CRISIS EVOLUTIVAS EN LA INFANCIA”.

PONENTE: JOSÉ LUIS PEDREIRA MASSA. Psiquiatra, Pediatra y Psicoterapeuta.

El proceso de desarrollo humano se caracteriza por estar en continua evolución, pero esta evolución resulta fundamental y acontece con singular relevancia y rapidez a lo largo de las primeras etapas de la infancia. Por otro lado el proceso evolutivo no acontece de forma regular, sino que se realiza por fases sucesivas que se conocen como etapas del desarrollo y el paso de una a otra puede estar caracterizado por una situación o conjunto de ellas que lo ponen a prueba y que se denomina crisis.

La evolución por “crisis” comporta que se supere la etapa precedente y se encare la nueva etapa, por ello son momentos en que la vulnerabilidad (proceso psico-biológico) se pone a prueba por la interacción con los factores psicosociales (o potenciales factores de riesgo). La potencialidad del sujeto para continuar avanzando y progresando, a pesar de los factores de riesgo, se conoce como resiliencia (en castellano se debería decir resistencia).

Hoy día se considera que estos momentos de crisis se ponen en evidencia con las fases en las que coincide el mayor nivel de desarrollo neurofisiológico con el nivel cognitivo: la primera infancia, la etapa escolar y la adolescencia son momentos de crisis evolutivas que tienen características que les son propias.

Se hace un recorrido a la luz de las nuevas teorías de la mente elaboradas por E. Kandel, Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 2003 que es Psiquiatra y posee formación psicoanalítica.

La primera fase consiste en las relaciones entre genética y medio ambiente en el proceso humano y en la evolución de la mente.

Un segundo momento consiste en analizar el paso de las conductas de apego y la evolución del proceso de vinculación, evaluando su importancia de cara a los perfiles evolutivos que su alteración podría dar lugar.

Un último aspecto consiste en evaluar algunos procesos claves en la psicopatología del desarrollo y analizarlo desde el planteamiento de crisis evolutiva y no como patología.

En definitiva, profundizar en una de las premisas fundamentales de la psicopatología del desarrollo: el proceso de desarrollo influye en la presentación de los procesos patológicos y, por ende, los procesos psicopatológicos influyen en el proceso de desarrollo del sujeto.

Saber identificar estos contenidos nos ayudan a comprender ese proceso mental que va de lo normal a lo patológico en un continuum, tanto más relevante cuanto que el sujeto humano se encuentra en las primeras fases del desarrollo.

De igual forma conocer estos procesos ayuda en el diseño del abordaje psicoterapéutico en estas fases del desarrollo del sujeto y, por fin, a establecer unas pautas preventivas.

## MESA REDONDA: “LA CRISIS EVOLUTIVA EN LA ADOLESCENCIA”

PONENTE: ALBERTO LASA ZULUETA. Psiquiatra y Psicoterapeuta.

La entrada en el *periodo de latencia* (a partir de los 6 años) marca el declinar de la conflictividad edípica. Los padres dejan de ser objeto del interés y apasionamiento previos, que se desplazan en forma más canalizada y discreta (afectos “deserotizados”) hacia adultos sustitutivos, profesores u otros miembros de la familia y, sobre todo y progresivamente, hacia los compañeros y actividades escolares y lúdicas. Esta “socialización” que completa el “alejamiento de las figuras paterno-maternales” es la cara visible de una compleja estructuración psíquica. El superyo se reorganiza, y se orienta hacia la propia conciencia ética y moralidad. El interés y la curiosidad hacia la sexualidad, conscientes previamente, se difuminan y quedan silenciados en la intimidad o se convierten, a través de mecanismos de formación reactiva, en pudor, vergüenza o repugnancia. Esta “obsesionalización” afecta también a la aceptación de ritmos, horarios y obligaciones impuestas, ahora consideradas por el niño como “más razonables”. La agresividad e intensidad afectiva previa se “sublima” reconvirtiéndose en sentimiento de ternura, admiración, respeto e incluso ironía benévolamente crítica hacia los padres. Todo ello configura a la latencia como un periodo “apacible” y “sin conflictos” que contrasta mucho, en la actualidad, con los comportamientos habituales de los que tanto los familiares como la escuela se quejan con frecuencia (desinhibición, descaro, arrogancia, desobediencia, rebelión, agresividad y un largo etcétera). Probablemente estemos asistiendo al impacto que los cambios socio-familiares y educativos tienen en la organización y desarrollo psíquicos.

La descripción de esta etapa anterior es importante para comprender lo que ocurre con la entrada, más o menos brusca, en la *pubertad y adolescencia*. El psiquismo tiene que afrontar cambios trascendentales. Los cambios hormonales (corporales y pulsionales) marcan el inicio de una nueva relación con su propio cuerpo. A diferencia de la fase anterior todo lo corporal se hace visible y delata los cambios internos. La sorpresa ante nuevas vivencias y excitaciones, que se imponen al adolescente, tiene que dejar paso a intentos de aceptarlas, primero, y después de dominarlas y/o exteriorizarlas a los demás. La elección de nuevos objetos de amor, ahora realizable genitualmente, añade emociones, pasiones y angustias. La hipersensibilidad hacia su propia imagen corporal - que cambia según su propio ritmo biológico incontrolable - y a sentirse minuciosamente observado por los demás, le lleva a la exagerada investidura del aspecto y revestimiento del cuerpo, que trata de controlar y modificar a su gusto, recuperando un control activo sobre sus cambios y su apariencia. Si los resultados son satisfactorios su autoestima se ve reconfortada. Si no, pueden aparecer comportamientos de agresión, rechazo y ataque hacia su propio cuerpo, detestado. El distanciamiento y rechazo activo de la proximidad y aspecto corporales de los padres es otro fenómeno típico. El descubrimiento, práctica y realización de su elección sexual definitiva (hetero u homo) completa toda una serie de movimientos y cambios, destinados a abrirse a la sexualidad adulta compartida, que hacen que este período sea muy propenso a intensos afectos, placeres y sufrimientos, que consolidan la personalidad o que la confrontan con serias dificultades, hasta el punto de convertirse en un periodo de elevados riesgos psíquicos. Depresión y riesgo de suicidio; dudas de identidad y descompensaciones psicóticas; absentismo escolar, consumo de sustancias, comportamiento de alto riesgo y conductas pre-delictivas, suelen ser los más frecuentes e inquietantes.

PONENCIA: “LA CRISIS EVOLUTIVA EN LA EDAD ADULTA”

PONENTE. ANA MINIÉRI PALAU. Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta.

Llamamos adultez, desde un punto de vista cronológico, al período que corresponde a la edad media de la vida (Elliot Jacques, 1965), pero también nos referimos a un determinado proceso madurativo que, evidentemente, no es el mismo para cada individuo y que nunca llega a alcanzarse de un modo pleno y total.

En este trabajo, se intenta focalizar la atención en dos argumentos relacionados entre sí. El primero es que toda crisis evolutiva en la adultez, pone al descubierto la manifestación de aquellos conflictos primitivos de la persona que han quedado irresueltos. El segundo, es que si el desarrollo del individuo no ha sido suficientemente sano, difícilmente podrá abordarse la crisis de evolución puesto que, quedaría enmascarada por la psicopatología del individuo.

Se recalca la importancia del pasado en la crisis de la adultez en tres sentidos: una, por constituir el refugio al descalabro provocado por la crisis. Dos, por representar una nueva oportunidad para repensarlo y reintegrarlo en el presente. Y tres, su articulación con el momento presente permitirá elaborar su pérdida, y percibir el futuro como una nueva posibilidad de reparación.

Para que la persona pueda transformar la crisis de la adultez en una auténtica experiencia evolutiva, que contribuya a enriquecer su proceso vital hasta el final, tendrá que utilizar y desarrollar su capacidad de simbolización para llevar a cabo la tarea de recuperar (en el sentido de recordar, asimilar) y renovar (en el sentido de volver a pensar de un modo nuevo) el pasado ya perdido, y así poder seguir afrontando el presente y un futuro cada vez más limitado que le ha de conducir inexorablemente a la vejez y a la muerte, manteniendo la capacidad creativa.

Se ilustra la exposición teórica con material clínico.

PONENCIA: "LA CRISIS EVOLUTIVA EN LA ANCIANIDAD"

PONENTE: MANEL SÁNCHEZ PÉREZ. Psiquiatra y Psicogeriatra.

La proximidad de la vejez y, con ella, del final de la vida, siempre ha teñido de oscuro las crisis evolutivas en esta edad. Aunque las consideraciones sobre este tema son tan antiguas como la humanidad, su impacto en el hombre de hoy parece adquirir características propias, nunca vistas antes en otros periodos de la historia.

La nueva demografía sitúa a la tercera y la cuarta edad en un lugar preferente, para bien o para mal, según los casos, del protagonismo social. Las implicaciones que estos cambios suponen para el sujeto anciano individual modulan significativamente sus experiencias existenciales. La soledad, la discapacidad, la enfermedad, la pobreza o la marginación son fantasmas presentes a menudo en las pesadillas del hombre que envejece en el siglo XXI.

En buena medida, las armas con las que el sujeto llegue a conquistar su propia vejez, determinarán el éxito de su adaptación a este periodo, cada vez menos breve, de su existencia.

MESA REDONDA: “ABORDAJE DE LA CRISIS Y PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA”

PONENCIA: “CPB-SERVEIS SALUT MENTAL: UN MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA. LA EXPERIENCIA EN EL SECTOR DRETA DE L'EIXAMPLE EN BARCELONA”

PONENTE: JOSEP FÀBREGAS I POVEDA. Psiquiatra.

CPB – Serveis de Salut Mental responde a la iniciativa de un grupo de profesionales de la salud mental que el 1980, partiendo de sus experiencias profesionales, se asociaron para fundar una entidad que ofreciese a la población una asistencia psiquiátrica y psicológica centrada en la modalidad del hospital de día, desde la perspectiva de la psiquiatría comunitaria, y con voluntad de servicio público.

A lo largo de estos años, CPB-SSM ha ido desarrollando sus realizaciones pasando de ocuparse de la gestión técnica y administrativa de un único equipamiento, el Hospital de Día CPB (1981), a fundar y gestionar diversos servicios, todos ellos contratados en dedicación exclusiva por el Servei Català de la Salut:

Hospital de Dia CPB	1981
CSMA Dreta de l'Eixample	1992
SRC Dreta Eixample I	1993
Hospital de Dia Llúria	1994
Clínica Llúria	1996
Centre de Dia Dreta Eixample II	2003
PSI Eixample,	2003
en colaboración con la Fundació de Malalts Mentals de Catalunya, y la Associació Septimània.	
Programa de Prevenció al suïcidi Dreta de L'Eixample, en colaboración con el Hosp. Sta. Creu i St. Pau	2006

Por otra parte, la Fundació de Salut Mental CPB, creada a 1983 por el mismo grupo, además de efectuar diversas tareas docentes y de investigación, gestiona con conciertos con el Departament d'Acció Social i Ciutadania:

Club Social Dreta de l'Eixample	2000
Llar Residència Roger de Llúria	2001
Programa de Suport a la Llar	2003
Llar Residència Tres Pins	2008
Llar Residència Begur	2009

Tres ámbitos de actuación:

Ámbito residencial: Llars residencias a Llinars del Vallès, Sants i Eixample.  
Asistencia intersectorial a Barcelona de hospitalización, orientada al paciente subagudo.  
Asistencia primaria y terciaria del sector Dreta de l'Eixample

Descripción orgánica y funcional de la atención comunitaria a la salud mental en la Dreta de l'Eixample (135.000 habitantes) de Barcelona (adultos), incluyendo todos los niveles de asistencia, en colaboración con el Departamento de Psiquiatría del Hospital de la Sta.Creu i St. Pau (urgencias, agudos y prog. prevención suicidio- PPS), la Associació Joia y la Associació Tres Turons (reinserción laboral).

Se describe con detalle el catálogo y la dinámica de interacción y coordinación de servicios sociales y sanitarios para los trastornos mentales severos –TMS-, incluyendo los programas de atención en prevención del suicidio, seguimiento individual y atención domiciliaria.

PONENCIA: INTERVENCIÓN EN CRISIS EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DE LA DRETA DE L'EIXAMPLE EN BARCELONA”

PONENTE: JOAN VEGUÉ GRILLÓ. Psiquiatra y Psicoterapeuta.

La Dreta de l' Eixample es un sector de 120.000 habitantes situado en el centro de Barcelona con una población mayoritariamente de clase media. Cabe destacar como datos geodemográficos significativos un elevado índice de personas que viven solas (18%) así como una población mayor de 65 años del 23%, cinco puntos por encima de la media de Barcelona. Ambos datos representan dos factores de riesgo de la conducta suicida.

A finales del año 2005 se empezó a desarrollar en este sector un programa específico de prevención y tratamiento del riesgo suicida, programa realizado conjuntamente entre el “Servei de Psiquiatria de l' Hospital de Sant Pau” y el “Centre Psicoterapia Barcelona- Serveis Salut Mental”.

Se trata de un programa piloto que se inscribe en la líneas prioritarias de “El Pla Director de Salut Mental i Adiccions del Servei Català de la Salut”

El programa consta de un desarrollo en cuatro fases:

- 1.- Sensibilización de la población general
- 2.- Colaboración con los distintos agentes sanitarios y sociales comunitarios.
- 3.- Respuesta terapéutica.
- 4.- Evaluación de resultados.

La respuesta terapéutica se organiza con una metodología de Intervención en Crisis, es decir, una asistencia rápida, intensiva y limitada en el tiempo, con el objetivo de disminuir la emergencia sintomatológica y la situación de riesgo existente, así como la posibilidad de elaborar la situación de crisis, resituando el episodio en la historia del individuo y de la interacción con su entorno.

La intervención en crisis se refiere tanto a un enfoque peculiar de la psicopatología, como al desarrollo de una técnica específica del tratamiento. Contrariamente a la noción estática de descompensación y de déficit, abre la perspectiva evolutiva de cambio, de reajuste del funcionamiento intrapsíquico y/o interpersonal. Pone el acento en el potencial terapéutico del “momento fecundo” y del encuentro con el equipo de acogida.

La Intervención en Crisis tiene un desarrollo secuencial con diversas etapas: acogida, alianza terapéutica, hipótesis de crisis, eje terapéutico preferente, proceso de finalización y relevo terapéutico.

Después de explicar sucintamente cada una de estas fases del proceso de intervención pasaremos en la última parte de la exposición a detallar los resultados obtenidos en el programa de prevención de la conducta suicida. Resultados que nos parecen altamente esperanzadores, ya que se ha producido una significativa reducción del número de intentos autolíticos, con disminución de las hospitalizaciones por este motivo, así como un número importante de pacientes que han presentado una remisión completa del riesgo suicidarlo después de la intervención.

#### CONFERENCIA DE CLAUSURA: “LA CRISIS PSICOLÓGICA EN LAS SITUACIONES SOCIALES DE EMERGENCIA”

CONFERENCIANTE: FRANCISCO DUQUE COLINO. Psicólogo Clínico.

Los seres humanos mantenemos una lucha permanente para intentar compensar o poner distancia con todo lo que nos confronta con nuestra vulnerabilidad.

Cuando en nuestra rutina diaria nos sorprende una situación nueva, se da una cierta alerta: ¿qué está pasando? Nuestras habituales respuestas y automatismos parecen insuficientes para afrontar con cierta solvencia el evento inesperado y recurrimos a nuestro bagaje personal, recursos o experiencia donde tanto el éxito como el fracaso de cada estrategia supone un factor importante de aprendizaje que añade nuevas viñetas a nuestra biografía. Utilizamos mecanismos ensayados o aprendidos buscando una cierta garantía de éxito. Si la situación es potencialmente traumática recurrimos a nuestros recursos como bloque buscando consistencia y efectividad.

Una situación inesperada, brusca u hostil, desbordante, puede dificultar la puesta en marcha de recursos de adaptación que aportan sensación de eficacia, solidez, control y seguridad. En estos casos la experiencia resulta potencialmente traumática. Esto puede ser debido a que:

- ✓ La nueva situación pudiera sobrepasar cualquier posibilidad de ser integrada y de generar una respuesta con todo el potencial disponible:

*“parecía que todo acababa allí... era el fin del mundo”.<sup>1</sup>*

- ✓ El exceso de información no puede ser codificada u organizada dando lugar a un bloqueo de la capacidad de elaboración de la misma:

*“todo era caótico e incomprensible, de repente mi mundo, lo que yo conocía había desaparecido, ni las personas que antes me rodeaban eran personas, solo quería que fuese una pesadilla, pero los olores me penetraban hasta lo más hondo de mi, como si me invadiesen, entendía lo que era la locura y llegué a dudar de mi mismo”*

---

<sup>1</sup> Todas las viñetas enmarcadas son expresiones de los pacientes que fueron víctimas de trauma agudo. Son parte de los testimonios recogidos para la elaboración del libro: *Superando el Trauma. La Vida tras el 11 M.* de F. Duque, M. Mallo, M. Álvarez. La liebre de Marzo, Barcelona, 2007.

- ✓ Los componentes de la situación aparecen desarticulados e imposibilitan conformar la experiencia. Los recursos se desactivan, desunen o bloquean, haciendo que quien lo vive perciba una sensación de pérdida de control, inseguridad y fragilidad:

*“te sientes desnuda, de repente no tienes nada, no te proteges, no puedes pero tampoco hay nada que proteger”.*

A estos factores desestabilizadores se añade la sensación de impotencia e incertidumbre; con la consiguiente desactivación de recursos, que puede generar síntomas de estrés traumático agudo. Quien lo padece no entiende la situación en la que se encuentra inmerso; a lo que hay que añadir un sentimiento de extrañeza en doble dirección: respecto a sí mismo y respecto al mundo circundante.

*“Así ocurre en un atentado terrorista, un acto de violencia intencionada que irrumpe de modo brusco, imprevisible, indiscriminado, espectacular. Perpetrado por seres humanos, afecta a seres humanos, causa víctimas y, en la menos mala de las situaciones, altera la continuidad en la trayectoria de las personas afectadas y las confronta con lo más temido, su dolor, su vulnerabilidad y su propia muerte. El componente traumático viene determinado por el daño que causa pero también por el impacto, la intencionalidad y la amenaza vital que conlleva. Los terroristas utilizan todos los elementos que se conjugan en los hechos violentos como recurso eficiente para conseguir internalizar el terror en los afectados, con el objetivo de destruir los materiales con los que se construyen la sensación de seguridad y la propia identidad del ser humano”<sup>2</sup>*

Nuestro mundo se torna cambiado, extraño, confuso, sin sentido, sin significado, violento, amenazante, incierto, peligroso... Y otro tanto ocurre en la percepción de nosotros mismos, ya que aparecen factores desestabilizadores: temor, inseguridad, desestructuración de soportes psicológicos, cuestionamiento de creencias, alteración del significado de las propias experiencias, desconfianza, mecanismos habituales inadaptados o desbordados, descontrol, incertidumbre...

La ayuda psicológica ha de tener en cuenta estos factores y se orienta a dos objetivos primordiales: que las víctimas dejen de serlo y que nuestra ayuda termine siendo innecesaria. Para conseguirlo seguimos etapas<sup>3</sup> que separamos de modo artificial, como eje que permita el retorno de las personas dañadas a su trayectoria personal, desarrollando su propio protagonismo:

- ✓ **Apoyo:** acercarse a la persona que sufre, desde posiciones protectoras para que emplee sus energías en su propia recuperación.
- ✓ **Integración:** reconstruir la experiencia que ha padecido, secuenciándola para poder incorporarla en su bagaje personal.
- ✓ **Duelo:** procurar la adaptación a las pérdidas en contraposición a la no deseada aceptación.

---

<sup>2</sup> Duque F, Mallo M, Álvarez M. *“Superando el Trauma. La Vida tras el 11 M”*. La liebre de Marzo, Barcelona, 2007. Pág. 10.

<sup>3</sup> ...*op. cit.* Págs.149-187

- ✓ **Estabilización:** comenzar a distanciarse del rol de víctima mientras vislumbran su mundo real.
- ✓ **Orientación al futuro:** focalizar de atención en el marco motivacional generando y activando proyectos.
- ✓ **Continuar:** esta etapa solo puede ser escrita por los que se niegan ser víctimas.

La eficacia del trabajo realizado se percibe cuando el suceso deja de ser un lastre para quien lo padeció permitiendo la renovación de su horizonte motivacional. El afectado recobra su trayectoria, sus proyectos e incorpora el aprendizaje de un episodio costoso y duro pero ya inevitable. En el recuerdo ha de primar que fueron capaces de superar una de las peores experiencias vividas, conocer y activar sus propios recursos y los de su red de apoyo y, por qué no, la idea clara de que no pudieron con ellos.

*“ya puedo decir mañana sin miedo”<sup>4</sup>*  
Antonio Miguel Utrera

---

<sup>4</sup> Antonio Miguel Utrera, viajaba en un tren en el que sufrió un atentado con gravísimas lesiones que hicieron temer por su vida; finalmente remontó aquella situación, con importantes secuelas. Todavía tenía 18 años cuando ante una pregunta sobre su estado anímico contestó: *“ya puedo decir mañana sin miedo”*. En ese momento recuperaba su derecho a desarrollar su propia vida y fracasaban los que habían intentado secuestrarla.

Forma parte del trabajo: *“Con miedo no hay derechos”* presentado en Córdoba (14/12/2008) en el “60 Aniversario de la Declaración de los Derechos Humanos”.