

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

CARRERA:

PSICOLOGÍA

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:
PSICÓLOGAS

TEMA:

**ANÁLISIS DE LA IMPORTANCIA DEL EMPODERAMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS, MEDIANTE LA APLICACIÓN
DE LA FUNCIÓN DEL TERAPEUTA LO SUFICIENTEMENTE BUENO .**

AUTORAS:

**TANNYA VIVIANA BURGOS ORTIZ
KASSANDRA ANHAIS CABEZAS CHUMBI**

DIRECTOR:

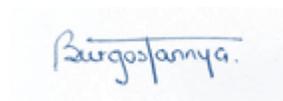
EDUARDO ALFONSO BRAVO MONCAYO

Quito, octubre del 2020

Cesión de derechos del autor

Nosotras: **TANNYA VIVIANA BURGOS ORTIZ**, con documento de identificación No. **1718389503**, y **KASSANDRA ANHAIS CABEZAS CHUMBI** con documento de identificación No. **1725964512**, manifestamos bajo nuestra voluntad que cedemos a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales del trabajo de titulación de nuestra autoría, mismo que se halla intitulado de la siguiente manera: “ANÁLISIS DE LA IMPORTANCIA DEL EMPODERAMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS, MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA FUNCIÓN DEL TERAPEUTA LO SUFICIENTEMENTE BUENO”. El trabajo referido ha sido desarrollado para optar por el título de: Psicólogas en la Universidad Politécnica Salesiana; quedando esta institución facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En aplicación a lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, y en nuestra condición de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia, suscribimos este documento en el momento que hacemos la entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.



Tannya Viviana Burgos Ortiz

C.I.: 171838950-3



Kassandra Anhais Cabezas Chumbi

C.I.: 172596451-2

Declaratoria de coautoría del docente tutor

Yo, **Eduardo Alfonso Bravo Moncayo** declaro que bajo mi dirección y asesoría fue desarrollado el trabajo de titulación de investigación: “ANÁLISIS DE LA IMPORTANCIA DEL EMPODERAMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS, MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA FUNCIÓN DEL TERAPEUTA LO SUFICIENTEMENTE BUENO”. Realizado por las estudiantes: TANNYA VIVIANA BURGOS ORTIZ y KASSANDRA ANHAIS CABEZAS CHUMBI, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana, para ser considerados como trabajo final de titulación.



Eduardo Alfonso Bravo Moncayo

C.I.: 180168350-7

Quito, octubre del 2020

Dedicatoria

Este trabajo de titulación es la materialización de uno de mis anhelos más grandes, entregarlo representa el inicio de una gran aventura; por ello, lo quiero dedicar como símbolo de agradecimiento a mi familia y amigos; a Kassandra, mi compañera de tesis y aventuras; y a las demás personas que han formado parte de este proceso académico y de desarrollo personal.

Quisiera especialmente ofrecérselo a mi mamá; porque ha sido una madre lo suficientemente buena para mí. Gracias, por mostrarme el camino del conocimiento y los valores; por acompañar mis pasos y sostener mis manos cuando las circunstancias me abrumaban. Me quedo eternamente agradecida contigo por el esfuerzo realizado, las enseñanzas compartidas; y sobre todo, por el amor que me sigues dedicando.

Tannya Burgos Ortiz

A Dios, por bendecirme a lo largo de mi vida, y mostrarme los caminos correctos. A mi abuelito Carlos que desde el cielo me ha bendecido en los pasos que he dado. A mi abuelita Esthela que más que una abuela, ha sido el motor de mi vida. Ella me ha demostrado que el amor no tiene límites. A mis queridas tías Irma, Germania, Jaque, Dayta, por ser mis mejores amigas y un apoyo en las tormentas.

A mis amigas Ámbar y Ally que fueron más que un apoyo dentro de las aulas de clase, a Ivansito Donoso y al Padre Agustín Togo, por ser mi guía y amigos incondicionales. A Tannya, una amiga que, en la elaboración de este trabajo de titulación, ha sido un gran soporte tanto académico, como emocional. No me queda más que darles gracias a mis padres Damián y Patricia, porque a pesar de las contrariedades y malas elecciones que he tomado, han estado ahí para darme la mano.

Kassandra Cabezas

Agradecimiento

La carrera de Psicología es un recorrido largo, cargado de afectividad y lecciones que van más allá del aula de clases. Funciona como un ejercicio complejo de autoconocimiento a través del compartir con otro que acude a nosotros buscando ayuda, sin saber que es el/ella quien nos la brinda. Esta carrera, que fusiona el diálogo y el compartir sistemático de experiencias y conocimientos, se convierte con el tiempo, en un nuevo lente para mirar la realidad; se posiciona como una herramienta que nos permite convertir el mundo en un lugar mejor para vivir.

El camino que cursamos se tornó complejo en varias ocasiones, y logramos sobrellevarlo porque en el recorrido nos encontramos con grandes seres humanos que, con una actitud serena guiaban nuestra práctica. Uno de estos maravillosos seres es el Psicólogo Alfonso Bravo Moncayo, nuestro maestro, tutor de prácticas y de este trabajo de titulación. Gracias por los conocimientos compartidos, el apoyo y la orientación brindadas en este acercamiento con la praxis clínica; principalmente te agradecemos, por despertar en nosotras el interés de investigación y encaminarnos para conjugarlo en una intervención más humana.

Gracias a la Universidad Politécnica Salesiana, porque en ella encontramos un segundo hogar, y fuimos integradas a una nueva familia comprometida con una misión de cambio social. Gracias a las autoridades de esta institución por su labor educacional y a nuestras familias, que nos permitieron formarnos como profesionales íntegras, que ejercen su conocimiento teórico-práctico combinado con carisma salesiano y valores humanos.

Tannya y Kassandra.

Índice

1. Planteamiento del problema.....	4
2. Justificación y relevancia.....	10
3. Objetivos	12
3.1. Objetivo General.	12
3.2. Objetivos Específicos.	12
4. Marco conceptual.....	13
5. Dimensiones.....	19
6. Supuestos	21
7. Marco metodológico	22
7.1 Perspectiva metodológica.....	22
7.2 Diseño de investigación.....	22
7.3 Tipo de investigación.	23
7.4 Instrumentos y técnicas de producción de datos.	24
7.5 Plan de análisis.	24
8. Población y muestra	25
8.1 Población.	25
8.2 Muestra.....	25
8.2.1. <i>Tipo de muestra:</i>	25
8.2.2. <i>Criterios de la muestra:</i>	26

8.2.3. <i>Fundamentación de la muestra:</i>	26
9. Descripción de los datos producidos.....	27
10. Presentación de los resultados descriptivos	40
11. Análisis de los resultados	67
11. 1 Psicoanálisis vincular / Escuela psicoanalítica inglesa.	67
11.2 Modelo de psicorehabilitación.	71
12. Interpretación de los Resultados	73
Conclusiones y recomendaciones.....	82
Listado de referencias.....	86
Anexos.....	91

Índice de Figuras

Figura 1. Proceso de búsqueda y selección de material bibliográfico.	28
Figura 2. Síntesis teórica Escuela Inglesa: Psicoanálisis vincular.	70
Figura 3. Síntesis teórica Modelo psicorehabilitación / intervención psico social	72
Figura 4. Síntesis gráfica de la propuesta de intervención que fusiona el modelo de psicorehabilitación con enfoque comunitario y la comprensión psicoanalítica vincular.	81

Índice de Tablas

Tabla 1. Recopilación de material bibliográfico seleccionado para la investigación29

Tabla 2. Matriz de integración de Resultados.....42

Índice de Anexos

Anexo 1. Modelo de fichas mnemotécnicas desarrolladas por las investigadoras y utilizadas para el presente estudio	91
---	----

Resumen

La presente investigación surge como una propuesta teórica consonante con la transición teórico-práctica que vive el sistema ecuatoriano de salud en el área de lo mental, y se orienta en los objetivos del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2023, en donde se conjugan aportes desde varias disciplinas para conseguir que los procesos de tratamiento psiquiátricos ambulatorios no sean interrumpidos luego de la desinstitucionalización.

Para la realización de este trabajo, se consideraron dos momentos: En el primero, se realizó una compilación teórica de dos dimensiones: psicoanálisis vincular y modelo de psicorehabilitación. En el segundo, se ejecutó un análisis de los datos investigados para hacerlos converger en una síntesis teórica, que acoge las principales propuestas de cada uno; de modo que, se presenta como la base de una futura alternativa de intervención.

Mediante la intervención desde el modelo psicoanalítico vincular, fusionado con el enfoque de psicorehabilitación, se otorga principal importancia a un agente que actúa junto al paciente mientras éste consigue el empoderamiento de su enfermedad. Esta figura se denomina terapeuta lo suficientemente bueno, pues será el encargado de devolver al sujeto con sufrimiento psíquico la posibilidad de alcanzar un estado de salud, comprendido en términos de desarrollo emocional e integración social.

Este terapeuta lo suficientemente bueno, utiliza varias técnicas de acuerdo a la particularidad de cada caso, proporcionando así, las herramientas necesarias para que el paciente pueda sostener un proceso continuo de tratamiento en consulta externa. Todas estas estrategias brindadas durante el internamiento serán introyectadas por el paciente

progresivamente, y serán ejecutadas en compañía de un objeto transicional que le permitirá gestionar las ansiedades propias del recorrido hacia un estado de bienestar.

Palabras clave: Desinstitucionalización, empoderamiento de la enfermedad, terapeuta lo suficientemente bueno, objeto transicional, intervención transdisciplinaria.

Abstract

This research arises as a theoretical-practical proposal in response to the transition that the ecuadorian health system is experiencing in the mental area, and it is oriented towards the objectives of the national mental health plan 2017-2023, which combines various disciplines to guarantee outpatient psychiatric treatment processes not be interrupted after deinstitutionalization.

Two moments were considered to carrying out this work: First, two theoretical dimensions were developed: relational psychoanalysis and psychorehabilitation model. Next, the investigated data was analyzed to make it converge in a theoretical synthesis which includes the main proposals of each dimension; therefore, it is presented as the bases for an alternative source of intervention.

Through psychoanalysis model, linked with the psychorehabilitation approach, to reach deinstitutionalization process, the main importance is given to an agent who acts together with the patient while he/ she reaches the empowerment of his/her disease. This figure is called “the good enough therapist”, because he will be in charge of giving the patient the option of finding a state of health, which means a good emotional development and social integration.

This “good enough therapist” uses a lot of techniques according to the particularity of each case, providing the patient the necessary tools, so that he/she will be able to sustain the process of rehabilitation out of the mental health house. All these strategies that will be provided by “the good enough therapist” during the indoor treatment will be

progressively interjected and executed in company of a transitional object, which allows managing personal anxieties on the way to a state of health.

Key words: Deinstitutionalization, disease empowerment, good enough therapist, transitional object, transdisciplinary intervention.

Introducción

La Constitución del Ecuador, junto al Plan Nacional “Toda una Vida”, consideran como un eje fundamental de derecho de los ciudadanos ecuatorianos y residentes en Ecuador a la salud, y para ello, se han desarrollado varios programas que pretenden que la población ecuatoriana pueda acceder a este servicio de manera remunerada o gratuita, con atención de calidad, y considerando la diversidad ideológica, política, sexual, cultural y étnica que existe en nuestro territorio. Uno de los campos de especialización en la salud, está relacionado con lo mental.

En contraste con la propuesta estatal, en el Informe sobre el sistema de Salud mental en Ecuador elaborado por: el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Organización Panamericana de Salud (OPS), y el Departamento de Salud mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (MSD-OMS) (2015, pág. 18) se indica que, en Ecuador funcionan “dos hospitales psiquiátricos (uno en Quito y uno en Guayaquil), tres centros privados pertenecientes a comunidades religiosas, dos en Quito y un centro semiprivado en Cuenca”. Estos establecimientos cuentan con un “total de 10918 camas, lo que equivale a aproximadamente 7 camas por cada 100.000 habitantes”; este total ha disminuido en un “33% en los últimos cinco años”.

Del mismo modo, se deben considerar algunos limitantes propuestos por (Echeverri, Kestel, & Montoya, 2015) referente a la aplicación de los programas y planes nacionales de salud mental, entre ellos: la cantidad mínima de presupuesto estatal destinada a Salud mental (1,46%); la cantidad insuficiente de especialistas en el campo de la salud mental en relación con la demanda; la ausencia de un dispositivo de supervisión

que regule los centros especializados en brindar atención en salud mental; la falta de capacitación en tema de derechos humanos para quienes trabajan en el área; limitaciones de acceso a la salud mental debido a la centralización de los servicios y deficiente colaboración de usuarios y familiares; y la precaria ejecución de acciones de promoción y prevención en salud mental (campañas de sensibilización contra estigmatización y discriminación).

Nuestro país se encuentra en un proceso de transición en el sistema de atención en usuarios con padecimientos mentales; este cambio parte de un modelo hospitalocéntrico (modelo biomédico) y se dirige hacia el modelo de psicorehabilitación comunitaria, cuyo objetivo principal es mejorar las competencias de los individuos y la modificación ambiental, para de este modo optimar la calidad de vida de estas personas; es decir, que aspira a la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos para reinsertarlos en sus comunidades y continuar con procesos de tratamiento ambulatorios.

Con esta perspectiva, se quiere que las personas con afectaciones mentales, reciban un tratamiento integral que les permita alcanzar un rol activo respecto de su enfermedad (empoderamiento); de manera que al llegar a un estado de autonomía, puedan reintegrarse a una sociedad y ser independientes; de este modo podríamos conseguir que el sujeto de manera simultánea pueda satisfacer las necesidades de afiliación y autorrealización que se convierten en una motivación que fortalece la adhesión a su tratamiento; pero, sobre todo, se le devuelve la posibilidad de vivir con dignidad y en bienestar biopsicosocial.

Para el presente trabajo, se ha utilizado una metodología cualitativa basada en la recopilación documental de información que permitió ejecutar el análisis de la

importancia del empoderamiento de la enfermedad en pacientes psiquiátricos institucionalizados, mediante la aplicación de la función del terapeuta lo suficientemente bueno.

El análisis permitió un acercamiento con un modelo de abordaje psicoterapéutico más humano y pensado en función de las necesidades individuales de cada sujeto que requiere ser atendido en el campo de la salud mental. Considerando ciertos apartados del documento como guía de trabajo, se podría implementar un proyecto de intervención que acerque al usuario y al tratante al modelo de atención vigente a nivel mundial.

1. Planteamiento del problema

La construcción conceptual de la enfermedad mental ha tenido variaciones a lo largo de la historia; Foucault (1984) lo relata de la siguiente manera: en la edad la antigua y medioevo, se concebía a “la locura” como “la transformación del hombre en otro distinto”, y la explicación era de tipo místico-religiosa.

Este cambio en la conducta del sujeto era adjudicado a posesiones de espíritus malignos, que por gloria de Dios ingresaban en su cuerpo, para así revelar la grandeza del creador, o para hacer una corrección al pecador. Podría pensarse que este sujeto atrapado en la locura, habría perdido su facultad de libertad, pero realmente lo único “alienado por el demonio poseedor” era el cuerpo; ante ello, la única cura posible, era “quemar ese organismo insano para devolverle al alma su pureza”, y conseguir su “salvación” (págs. 88-89).

En el siglo XVII, aún se mantiene la creencia de que la “locura” es producto de una posesión, pero ya no se considera la destrucción del cuerpo como mecanismo de salvación; sino que se buscaba “evitar que este instrumento quede sin fuerza dentro del espíritu insano”; a partir de esta premisa, se desarrollaron nuevas prácticas hospitalarias que iban “más allá del castigo y salvaguardia” (pág. 89).

En el siglo XVIII y XIX, la conceptualización de la enfermedad mental ya no consideraba la influencia de fuerzas sobrenaturales como agentes causales y mantenedores de estados de locura; en cambio se la pensaba como sinónimo de una “desaparición de las facultades más altas del hombre: la libertad”, desde entonces “la locura forma parte de las debilidades humanas” (pág. 91). Como consecuencia de esta cosmovisión, se

desarrollaron mecanismos que alejaban a los enfermos mentales del mundo de los hombres.

Esta enajenación de la experiencia de subjetividad del enfermo mental, consigue que éste “ya no puede reconocerse en su propia voluntad, puesto que se le supone una que él no conoce” (págs. 93-94); por lo tanto, deja de ser parte de una sociedad que lo desconoce, y él mismo se desconoce en ella; “su experiencia real se inscribe en el hecho patológico” que es confirmado por un diagnóstico médico, y lo lleva a transitar por un camino lleno de prácticas que cristalizan la noción de alienación.

Mediante el proceso de “internamiento voluntario” este sujeto diagnosticado con una patología mental, ingresa a un nuevo mundo: el manicomio; lugar donde prima la “cosificación de su voluntad y de su pensamiento, la influencia ejercida sobre él, y los sentimientos de extrañeza que cada vez lo alejan más de un mundo frío y absurdo a las significaciones humanas” (pág. 94). En este espacio consagrado como su nuevo hogar, el enfermo mental vive en una dinámica científico-económica en la que ve multiplicarse los tratamientos farmacológicos que tienen como efecto “normalizar su conducta y suprimir los síntomas más dolorosos del sufrimiento psíquico”, todo con el fin “ofrecerle una solución más honorable” a su malestar (Roudinesco, 1999, págs. 18,23).

Desde el siglo XX, las instituciones psiquiátricas se encargaron de fabricar un “hombre nuevo, liso y sin humor, extenuado por la evitación de sus pasiones, avergonzado de no ser conforme al ideal que le proponen”. En efecto, se encerró al sujeto en una nueva dinámica en la que se pretendía curarlo de “la esencia misma de la condición humana”, y

para ello se sustituyeron los electroshocks y el uso de la camisa de fuerza por la administración de psicofármacos (Roudinesco, 1999, pág. 22).

Esta forma de concebir y tratar al enfermo mental responde a una lógica de causalidad externa, que conduce al estudio del ser humano asemejándolo con una máquina de genes, hormonas y neuronas, que emite respuestas ante variados estímulos. En este modelo teórico, denominado conductismo, subsisten dos determinantes explicativos de la enfermedad: “el organicismo, que es portador de la universalidad simplista; y la diferencia, portadora de un culturalismo empírico; de aquí deriva una mirada orgánica de la patología, que envía al sujeto nuevamente al universo de la posesión” (Roudinesco, 1999, pág. 39).

En medida que el enfermo mental deja de ser visto como un sujeto, y es convertido en un objeto económico, es obligado a convivir con un grupo de individuos de características similares a las suyas, y logra ligarse ellos “mediante los lazos negativos de la dependencia”; estas leyes sociales lo unen a sus semejantes en el camino hacia la marginalización (Foucault, 1984, pág. 98).

Es entonces que el trabajo desde el determinismo médico-biológico a la luz del sistema capitalista deja fuera de la consideración del tratamiento individual a los elementos propios de la psicología del enfermo (Foucault, 1984, págs. 98-99). Este abordaje “coarta los derechos de las personas afectadas a recibir un tratamiento integral de sus trastornos, contribuye a la cronificación y estigmatización”; incrementando así, el “riesgo de marginalidad” del sujeto (Uriarte, 2007, pág. 90).

Con la exposición de falencias significativas en la lógica de tratamientos en hospitales psiquiátricos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR), elaboraron una “declaración de consenso”, en el que se consagra un cambio del modelo centrado en la enfermedad (modelo médico) hacia una nueva propuesta dirigida al funcionamiento social (rehabilitación psicosocial), cuyo objetivo principal es mejorar las competencias de los individuos y la modificación ambiental, para mejorar la calidad de vida de estas personas (Uriarte, 2007).

Ecuador se ha acogido a la recomendación de la OMS y WAPR y ha desarrollado el “Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2014-2017”, aprobado con “Acuerdo Ministerial N°320 del 27 de agosto de 2014” (Zúñiga Carrasco & Riera Recalde, 2018, pág. 5). Mediante esta propuesta, se pretende mejorar la salud mental de la población ecuatoriana, tomando como eje central el enfoque comunitario, y orientando esfuerzos hacia cuatro objetivos concretos:

La reorientación de servicios hacia la promoción y prevención, con un enfoque comunitario, de derechos humanos, de género, interculturalidad y de participación social; fortalecimiento de servicios orientados principalmente a la atención primaria, lo que favorecería la desinstitucionalización; fortalecimiento de entidades reguladoras de los servicios de salud; y la promoción de la investigación con enfoque de salud mental comunitaria (Echeverri, Kestel, & Montoya, 2015, págs. 5-7).

Ante esta propuesta, se deben pensar algunos limitantes para la aplicación de la misma, entre ellos: la cantidad mínima de presupuesto estatal destinada a Salud mental (1,46%); la cantidad insuficiente de especialistas en el campo de la salud mental en relación con la demanda; la ausencia de un dispositivo de supervisión regular de los centros de atención especializados en salud mental; ausencia de capacitación en tema de derechos humanos para colaboradores en el área; limitaciones en el acceso a servicios de salud mental debido a la concentración de los centros especializadas en las grandes ciudades; y deficiente cooperación de usuarios y familiares; y “la escasez de acciones de promoción y prevención en salud mental, particularmente en la ausencia de campañas de sensibilización contra la estigmatización y la discriminación” (Echeverri, Kestel, & Montoya , 2015, pág. 5).

Si el objetivo del “Plan Estratégico Nacional de Salud Mental” apunta a la desinstitucionalización, y trabaja por conseguir un abordaje integral basado en derechos humanos; la comprensión de la enfermedad mental debe pensar desde una línea conceptual distinta a la realizada bajo el modelo médico.

Se consideraría entonces, la posibilidad de alejarse de la patologización y de la “urgencia por realizar diagnósticos y tratamientos de aplacamiento sintomático; se enfocaría en cambio, en dar crédito al hombre mismo y no a las abstracciones sobre su trastorno”, esto encauza a “conocer las nuevas formas que puede tomar la vida psicológica de un individuo luego de determinar las condiciones que han hecho posible esos diversos aspectos, consiguiendo así restituir el conjunto del sistema causal que los ha fundamentado y sostenido en el tiempo” (Foucault, 1984, pág. 25).

Entonces: ¿Cómo se puede lograr que pacientes psiquiátricos institucionalizados alcancen empoderamiento de su enfermedad, mediante la aplicación de la teoría del Terapeuta lo suficientemente bueno?

2. Justificación y relevancia

El abordaje investigativo sobre la realidad de la enfermedad mental de manera histórica, y luego focalizada en la realidad nacional, cumple dos funciones principales: en primer lugar, se convierte en una fuerte herramienta de sensibilización social en temas relacionados a la enfermedad mental y sufrimiento psíquico; segundo, al ser un acercamiento teórico alternativo, se posibilita que a partir de ello se puedan ejecutar proyectos de intervención consonantes con la propuesta nacional de enfoque comunitario y respetando los derechos humanos.

Esta sensibilización se ve enriquecida, cuando muestra la realidad operativa de centros de asistencia psiquiátrica, pues da cuenta del fracaso del tratamiento médico basado en la patologización; así mismo, muestra diversas alternativas de intervención más efectivas que la institucionalización y medicalización del malestar subjetivo del individuo, tal es el caso de la perspectiva psicodinámica y de psicorehabilitación (enfoque comunitario), que invitan a re- pensar y retomar la asistencia psicológica desde la individualidad, sin olvidar lo primordial del vínculo con el otro.

Estas alternativas de abordaje integral consideran los derechos humanos de los usuarios y la participación activa de los miembros en sus comunidades, contribuyendo simultáneamente a devolver dignidad, valor y posición social a sujetos históricamente maltratados por un sistema que los aísla, estigmatiza y cosifica.

Con la presente investigación, se muestra una propuesta teórica que abre la posibilidad de que se generen nuevas intervenciones en pro de lograr el empoderamiento de la enfermedad en esta población, y favorecer la reinserción social de sujetos

institucionalizados, pues al conseguir que el paciente psiquiátrico tome un rol activo en su tratamiento, se conseguiría disminuir significativamente el deterioro social, afectivo, cognitivo y físico de estos sujetos.

Al realizar actividades de desarrollo personal y también otras que lo mantienen en contacto con su comunidad, la persona con sufrimiento mental consigue que su proceso de individuación sea alcanzado de manera óptima, por lo tanto, se puede inferir que estos dos elementos guardan estrecha relación en cuanto a un desarrollo progresivo en el ámbito de participación activa en su enfermedad.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General.

Analizar la pertinencia del concepto del terapeuta lo suficientemente bueno, para el empoderamiento de la enfermedad en pacientes psiquiátricos institucionalizados.

3.2. Objetivos Específicos.

- Describir la función y estrategias del terapeuta lo suficientemente bueno en el proceso de empoderamiento de la enfermedad.
- Explicar los procesos psíquicos que ocurren en pacientes psiquiátricos mientras logran el empoderamiento de su enfermedad.
- Identificar la importancia del terapeuta lo suficientemente bueno para trabajar con pacientes psiquiátricos en el proceso de desinstitucionalización basado en un modelo de atención comunitaria.

4. Marco conceptual

Donald Winnicott, intentó explicar la manera en la que el individuo crece, y para hacerlo propuso la teoría del desarrollo emocional del niño, en donde, toma vital importancia la función de la madre lo suficientemente buena, quien sería la figura encargada de favorecer los procesos madurativos del individuo en etapas tempranas del ciclo vital.

Esta función materna lo suficientemente buena, tiene como objetivo principal que el individuo logre crecer; es decir, que consiga transitar desde un estado de dependencia absoluta, hacia un estado de independencia relativa (Winnicott, 1963). Si lo traducimos al contexto de investigación, la función materna lo suficientemente buena estaría representada y ejecutada por un terapeuta, y el estado de independencia correspondería al logro de autonomía en el paciente, es este elemento el que permite el empoderamiento del sujeto respecto a su enfermedad.

La madre que realiza una función lo suficientemente buena, trabaja con base a tres actividades fundamentales para la “constitución de la psiquis del individuo (mundo interno), mismas que constituirán las referencias para las interrelaciones del sujeto con los objetos de la realidad (mundo externo)” (Winnicott, 1971, págs. 147-148). Estas tareas son: el sostenimiento o holding, la manipulación o handling, y la mostración de objetos o realización.

El *sostenimiento*, es un elemento relacionado con el cuidado, y tiene que ver con la manera de esta madre para “tomar en brazos a su hijo e identificarse con él”; en otras palabras, se trata de la capacidad de sostenerlo física y emocionalmente (Winnicott, 2006,

pág. 33). El periodo de tiempo en el que se realiza esta función corresponde a los primeros meses de vida del niño que se denomina: estado de dependencia absoluta, debido a que el bebé requiere indispensablemente de su “madre” para que sus necesidades físicas y psíquicas sean satisfechas. Cuando este proceso sigue su curso adecuadamente, se produce en el niño una sensación de estar protegido.

Lo que le otorga a la madre la eficacia y eficiencia para cumplir con esta tarea, es la “devoción que siente por su hijo” (Winnicott, 2007, pág. 25), pues constituye una motivación realmente eficaz para que ella temporalmente se ocupe “casi exclusivamente a su hijo” (Winnicott, 2006, pág. 40).

Esta respuesta instintiva de proporcionar cuidado al hijo está guiada por procesos psíquicos inconscientes en la madre, y tiene que ver con una “preocupación maternal primaria”, que “gradualmente se desarrolla y se convierte en un estado de sensibilidad exaltada durante el embarazo y especialmente hacia el final del mismo, dura unas cuantas semanas después del nacimiento del pequeño”. Es entonces, esta preocupación primaria lo que “posibilita a la madre adaptarse, delicada y sensiblemente a las necesidades de su bebé” (Winnicott, 1956, págs. 2-3).

Cuando la madre alcanza el estado de “preocupación maternal primaria”, consigue un factor elemental para que “la psiquis infantil comience a vivir en el cuerpo del niño” (Winnicott, 2007, pág. 17)”, en él surgirá un despliegue de las “tendencias innatas hacia el desarrollo”, y “experimentará movimientos espontáneos, se convertirá en poseedor de las sensaciones que son apropiadas a esta fase precoz de la vida” (Winnicott, 1956, págs. 5-6).

Es por ello que el autor considera a estos detalles del cuidado físico, como una manera que tiene la madre para demostrar amor a su hijo, ya que cuando la madre es suficientemente buena, acoge y devuelve en forma gratificante el “gesto espontáneo” de su hijo, y crea un espacio de intercambio con él (Winnicott, 1960).

Este intercambio bebé-madre, que combina lo no verbal y lo verbal, se constituye como un lugar que es dinámico, en tanto admite elementos internos (psique) y externos (realidad externa/ objetiva) que permiten al niño reconocer progresivamente que no es un solo cuerpo con su madre, sino que cada uno se constituye como un ser diferenciado e independiente del otro. El niño aprende de esta separación desde el primer juego que tiene con su madre, y lo va modificando en tanto inicia un proceso hacia el desarrollo de la autonomía y creatividad, que es apoyado con otras tareas de la función materna (Monardes Osorio, 2015).

Así como la madre se adaptó profundamente a las necesidades de su hijo, e idealmente logró desarrollar en su pequeño esta sensación de protección, gradualmente se va “desadaptando” de las mismas, gracias al “acto consciente de notar que su niño comienza a disfrutar de experiencias nuevas e inesperadas” (Winnicott, 2006, pág. 53), es decir, que esta madre lo suficientemente buena se va desadaptando de las necesidades de su bebé en cuanto se percata de que éste ha desarrollado elementos que permiten dar cuenta de un estado de autonomía que se fortalecerá con el tiempo.

Ahora, el pequeño ingresa en una nueva etapa de su desarrollo denominada dependencia relativa, en la que “ es consciente de su necesidad de ser cuidado”, y además

“es capaz de asumir que su madre posee también una vida interior”; es decir que el niño logra hacer una diferenciación de su propio cuerpo (Yo) (Winnicott, 2006, págs. 33-34).

Esta diferenciación del cuerpo propio (Yo) mediante la integración de elementos sensoriales y delimitación del espacio personal y el espacio del otro como unidad independiente (No Yo), tiene lugar a partir de la tarea materna de la manipulación de objetos, que se define como: “la capacidad de la madre que contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicósomática que le permite percibir lo real como contrario a lo irreal” (Winnicott, 2006, págs. 33-34).

Desde este momento, “la madre permite gradualmente que el mundo haga su aparición en la realidad de su hijo”, y el niño pequeño “aprovecha ahora cada nueva oportunidad para la libre expresión y la acción impulsiva” (Winnicott, 2006, pág. 49). Este elemento está relacionado con la tarea de la mostración de objetos o realización, que consiste en la presentación progresiva de los objetos de la realidad para que el niño “pueda hacer real el impulso creativo” (Winnicott, 2006, págs. 33-34).

Cuando el niño inicia su salida del estado de fusión o dependencia absoluta respecto a su madre, empieza a relacionarse con los objetos externos, que ya son percibidos objetivamente (Duhalde , 2004, págs. 19, 21). Esto, trae consigo un temor inminente en el niño, y para gestionar esta angustia, el pequeño hace uso de un objeto transicional. Este elemento elegido por el niño “representa la prolongación natural de los brazos maternos que lo rodeaban cuando era un bebé”, y le permite retomar la sensación de protección en ausencia de su madre (Winnicott, 2006, pág. 46).

Este objeto puede asumir una “importancia vital, y ser valioso como objeto intermedio entre el self (Yo) y el mundo externo, pues su uso reiterado y prolongado, son elementos que favorecen el desarrollo emocional normal”, y (...) " constituye la base de toda la vida cultural del ser humano adulto” (Winnicott, 1958, págs. 10-11). Este objeto, compone también una base para el simbolismo, y marca una conexión entre las dos zonas de existencia (Mundo interno – Mundo externo), y el inicio de una tercera: la vida cultural del individuo (Winnicott, 1959).

El destino del objeto transicional, puede ser considerado desde dos enfoques: el primero que considera que el objeto simplemente es “llevado por el niño a un rincón de su habitación” cuando ha logrado aprender a gestionar solo la angustia de separación respecto de su madre; o que el objeto sea entregado y “conservado por la madre como una reliquia que conmemora una época importante de su vida” (Winnicott, 1959, pág. 5). Cuando el objeto transicional ha sido abandonado por el niño, entonces se habla de un estado de independencia.

Para cerrar el tema de la función materna lo suficientemente buena en relación con el proceso de crecimiento del niño, es importante retornar a lo postulado por Winnicott (2006) respecto a la eficacia con la que esta función es realizada, es lo que permitirá que el individuo pueda mantener una buena o mala relación con su entorno. Sin embargo, no basta sólo con cumplir estas tareas, sino que se las debe hacer bajo ciertas cualidades que generen estabilidad en el desarrollo emocional del individuo, estas características son: “estar presentes, ser confiables y congruentes” (pág. 48), de manera que la estabilidad que se proporcione no sea rígida, sino que sea viva y humana, generando así un estado de seguridad en el sujeto que le permitiría crecer” (pág. 17).

La aplicación en el campo clínico, toma el nombre de función del terapeuta lo suficientemente bueno, quien a través de procesos de identificación con una figura materna, facilita el desarrollo emocional del individuo, y posibilita que se cumpla el objetivo general de las intervenciones psicológicas: “ofrecer un medio que resulte adecuado (...), y que permita a cada individuo, en forma gradual y personal, transformarse en una persona capaz de ocupar un lugar en la comunidad sin perder su individualidad” (Winnicott, 2006, pág. 37).

Con esto dicho, la principal función de la intervención winnicottiana es que el paciente, experimentando el cumplimiento adecuado de las tareas de la función descrita, pueda introyectar aspectos positivos de su terapeuta, que le permitan seguir un proceso hacia su independencia, de manera que, tome así una participación activa frente a su enfermedad y tratamiento para mantener un estado de bienestar, se cree entonces que el empoderamiento de la enfermedad planteado desde el modelo de psicorehabilitación comunitaria, corresponde a lo que Winnicott (2006, pág. 58) enunciaba como “auto-psicoterapia”.

Esta especie de “auto-psicoterapia”, conserva su eficacia porque la “madre está viva y al alcance del niño”, y representa permanentemente un “vínculo entre el presente y las experiencias infantiles de las que esos patrones constituyen reliquias” (Winnicott, 2006, pág. 58).

5. Dimensiones

Al tratarse de una investigación de tipo cualitativa, se utilizarán dimensiones de estudio, que se han ordenado en dos grandes categorías: Psicoanálisis vincular y Modelo de Psicorehabilitación, en donde se analizarán dos dimensiones de acuerdo al enfoque de estudio de cada modelo:

Categoría 1: Psicoanálisis vincular.

El análisis de las dimensiones propuestas se realizó desde los conceptos: terapeuta lo suficientemente bueno, objeto transicional, ambiente facilitador, independencia.

Con estos conceptos es posible tener un acercamiento desde la perspectiva de trabajo de la intersubjetividad.

Categoría 2: Modelo de psicorehabilitación.

Las dimensiones de análisis contemplan teorizaciones como: empoderamiento de la enfermedad, autonomía, reinserción social.

Para ambas categorías se trazaron dos dimensiones de trabajo que organizadas de la siguiente manera:

Dimensión 1: Salud – Enfermedad.

En esta dimensión se analizaron elementos como: salud, enfermedad; y dentro de este último, se consideró a la locura y a la enfermedad mental, pues de acuerdo con cada modelo la conceptualización es distinta y requiere considerarse esa variable.

Dimensión 2: Tratamiento / intervención.

El recorrido teórico realizado para abarcar esta dimensión desde los dos enfoques de estudio orientó a el análisis hacia dos elementos: la institucionalización y el tratamiento. Dado que los procesos de tratamiento son un amplio foco de estudio, se decidió considerar tres variables para analizarlo: objetivos, ejes de intervención o principios, y los recursos. De igual manera, los recursos fueron clasificados en: recursos humanos, teóricos- técnicos, estatales, sociales y comunitarios.

6. Supuestos

Dentro de esta investigación se reflexionará sobre un tema importante dentro del psicoanálisis vincular, se parte desde los conceptos winnicottianos de la madre lo suficientemente buena que, llevada al contexto clínico, toma el nombre de terapeuta lo suficientemente bueno, quien trabajaría para devolverle la subjetividad al individuo con sufrimiento psíquico. Mediante esta intervención, se le proporciona al paciente los medios necesarios para que se sienta sostenido y entendido (Francesc, 2012).

El empoderamiento de la enfermedad permite que el paciente logre autonomía, dado que asiste a las personas a ganar control sobre su vida, y por ende incrementa su nivel de participación sobre sí mismo y su contexto (Aggarwal, 2016).

La desinstitucionalización es el camino para la reinserción social, pues ayuda a promover una reforma en el modelo hegemónico manicomial. La asistencia psiquiátrica en muchos casos no ha conseguido alcanzar los objetivos que permitan la reinserción social de las personas con padecimientos mentales, por lo que es importante trabajar con un modelo de desinstitucionalización con cuidados y tratamientos adecuados propios de una reinserción social, caso contrario las consecuencias para el paciente, su entorno y la comunicad son graves (Morasso, 2011).

Finalmente se menciona que los modelos comunitarios de atención para personas con trastornos mentales han visto avances significativos en los últimos 50 años. En ellos se introduce el concepto de empoderamiento de los usuarios y su recuperación a través de la participación ciudadana e integración comunitaria. Pues la psiquiatría no puede responder sola a todas las demandas sociales (Roelandt, 2014).

7. Marco metodológico

7.1 Perspectiva metodológica.

La perspectiva de investigación que facilitó adentrarse a la problemática descrita fue la metodología cualitativa. Este enfoque, se guía por áreas o temas significativos de investigación, que son abordados de manera holística; es decir, que se considera la totalidad del elemento de estudio y no se lo reduce al mero análisis de sus partes. La metodología cualitativa no prueba hipótesis, pero permite que el investigador, las genere y perfeccione conforme se recaban más datos, es entonces una metodología flexible, que posibilita el desarrollo de preguntas antes, durante y después de la recolección y análisis de la información. Esternberg (2002), citado por (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014), menciona que se trata entonces de una búsqueda basada en la lógica y el proceso inductivo.

La epistemología dentro de este estudio se fundamentó en la fenomenología, donde se asume un análisis de los elementos más complejos de la vida humana; es decir, aquello que se encuentra más allá de lo que pudiera ser medido desde la perspectiva cuantitativa. En este sentido, Husserl mencionaba que se trata de un paradigma que busca dar explicaciones respecto de la “naturaleza de las cosas, la esencia y la veracidad de los fenómenos” (Fuster, 2019, pág. 202).

7.2 Diseño de investigación.

El diseño de esta investigación fue no experimental y se basó en un análisis de documentos tal y como se los presenta que, consecutivamente fueron analizados y se

realizaron conclusiones. La selección de este diseño implica, que el investigador, “no tiene ningún control directo de las variables en juego, solo se limita a observar los acontecimientos sin intervenir en los mismos” (Grajales, 2000, pág. 2).

7.3 Tipo de investigación.

Los tipos de investigación fueron exploratorio y documental:

Los estudios exploratorios permiten una aproximación a los elementos desconocidos, con el objetivo de aumentar el grado de familiaridad del investigador con estos; contribuyendo de este modo con ideas respecto a la forma correcta de abordar una investigación particular. Así mismo, presentan como característica la flexibilidad en la metodología; es decir que, son más amplios y dispersos, por lo que implican un mayor riesgo y requieren de paciencia, serenidad y receptividad por parte del investigador. El estudio exploratorio se fundamenta en el proceso de descubrir (Grajales, 2000).

El tipo de investigación documental se refiere a un proceso basado en la compilación, análisis crítico e interpretativo de datos secundarios, es decir que, abarca toda aquella información obtenida y registrada por otros investigadores en fuentes documentales primaria u originales, tales como: fuentes impresas, audiovisuales o electrónicas (Grajales, 2000).

Baena (1997), indica que “la investigación documental es una técnica que consiste en la selección y recopilación de información por medio de la lectura y crítica de documentos y materiales bibliográficos, de bibliotecas, hemerotecas, centros de documentación e información” (pág. 72).

Este trabajo también se apoyó en la revisión sistemática que es una forma de investigación que proporciona un resumen comprensible y estructurado de la información disponible dirigida a responder una pregunta clínica específica.

7.4 Instrumentos y técnicas de producción de datos.

Las técnicas de recolección de datos se instituyeron en la recolección de material documental que es aquella que se realiza a través de la consulta de documentos primarios u originales (Grajales, 2000).

7.5 Plan de análisis.

La información fue analizada, a través de la indagación de los documentos más útiles para la temática en estudio. Según (González & Salazar, 2008, pág. 42), el plan de análisis se lo llevará siguiendo los pasos establecidos:

- 1) conocer y explorar todo el conjunto de fuentes que puedan ser útiles; 2) leer todas las fuentes disponibles, con un tipo de lectura selectiva y rápida, discriminando entre lo útil y lo no útil; 3) recoger los datos mediante fichas; 4) ordenar fichas, clasificándolas por autor, materia; 5) evalúa los datos y verifica si son confiables; y 6) Sacar conclusiones siguiendo los pasos del esquema.

Según González de Dios y Balaguer (2007, pág. 4), las principales variables que deben extraerse de los estudios originales son:

- 1) Identificación del estudio: autores y país, fuente de financiación; 2) fecha de publicación del estudio; 3) fecha de inicio y final del trabajo; 4)

problema estudiado o hipótesis puesta a prueba; 5) características de los individuos; 6) diseño del estudio; 7) exposición o tratamiento estudiado.; 8) co-exposición o co-tratamiento; 9) resultados; 10) Valoración de la calidad o validez de los estudios; 11) Susceptibilidad del estudio a posibles sesgos, aspectos destacables y limitaciones del estudio, y explicaciones que los autores presentan de los resultados.

8. Población y muestra

8.1 Población.

Toda la información generada en la época y disponible en registros públicos y privados (Hernández Sampieri, et al., 2014).

8.2 Muestra.

8.2.1. Tipo de muestra:

Para esta investigación se contempló un tipo de muestra no probabilístico, sin embargo, esto se irá evaluando y redefiniendo permanentemente. La muestra fue teórica o conceptual, esto significa que el investigador puede muestrear casos que le sirvan para este fin; es decir, se pueden elegir las unidades que poseen una o varios atributos que contribuyan a formular la teoría (Hernández Sampieri, et al., 2014).

La muestra estuvo compuesta por documentos primarios, secundarios y terciarios; pues se trató de una muestra por oportunidad; es decir, de casos que de manera fortuita se

presentaron ante las investigadoras justo cuando los necesitaron, lo que proporcionó una oportunidad extraordinaria para reclutarlos (Hernández Sampieri, et al., 2014).

8.2.2. *Criterios de la muestra:*

- Material informativo.
- Material reconocido.
- Revisado por expertos antes de ser publicados.
- Valorados académicamente.
- Documentos pertinentes.
- Documentos exhaustivos.
- Documentos Nacionales y/o Internacionales.
- Principalmente estudios de casos documentados.

8.2.3. *Fundamentación de la muestra:*

La muestra fue electa, y pudo someterse a un proceso de recolección, análisis y presentación de resultados, se fundamentó en procesos cognitivos complejos como: análisis, síntesis y deducción. Por otro lado, se ejecutó de una manera ordenada en la construcción de conocimientos.

9. Descripción de los datos producidos.

Para la presente investigación, se realizó una búsqueda de material documental, en la cual se eligió bases de datos como: biblioteca presencial de la Universidad Politécnica Salesiana, y bibliotecas virtuales de: la Universidad Politécnica Salesiana, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Universidad Católica de Chile, Universidad Nacional de la Plata, Biblioteca Donald Winnicott, Biblioteca de la Universidad de Buenos Aires.

Del mismo modo, se solicitó referencias de material bibliográfico a profesionales especializados en las áreas de interés (psicoanálisis vincular y modelo de psicorehabilitación).

Las bibliotecas y especialistas consultados ofrecieron herramientas de búsqueda nacional e internacional, que permitieron que las dos participantes recopilen información documental de manera independiente, para en un segundo momento realizar fichas nemotécnicas basadas en dimensiones y categorías de análisis (Ver Anexo 1: Modelo de fichas mnemotécnicas desarrolladas por las investigadoras y utilizadas para el presente estudio). La recopilación del material llevó un periodo de seis meses calendario (febrero 2020 a julio 2020).

La selección inicial de la información que aporta a esta investigación se la realizó con base a los resúmenes, introducciones y títulos del material bibliográfico, identificando así a los artículos potencialmente elegibles. Una vez definidos, se realizó una selección final a través de los criterios de inclusión y exclusión mencionados en la metodología de investigación; de esta manera se consiguió artículos que respondan claramente la pregunta de investigación, con sus objetivos.

En la **Figura 1**: Proceso de búsqueda y selección de material bibliográfico, las autoras presentan una síntesis gráfica del material bibliográfico y la fuente de donde se accedió a la información documental para la presente investigación:

Figura 1. Proceso de búsqueda y selección de material bibliográfico.

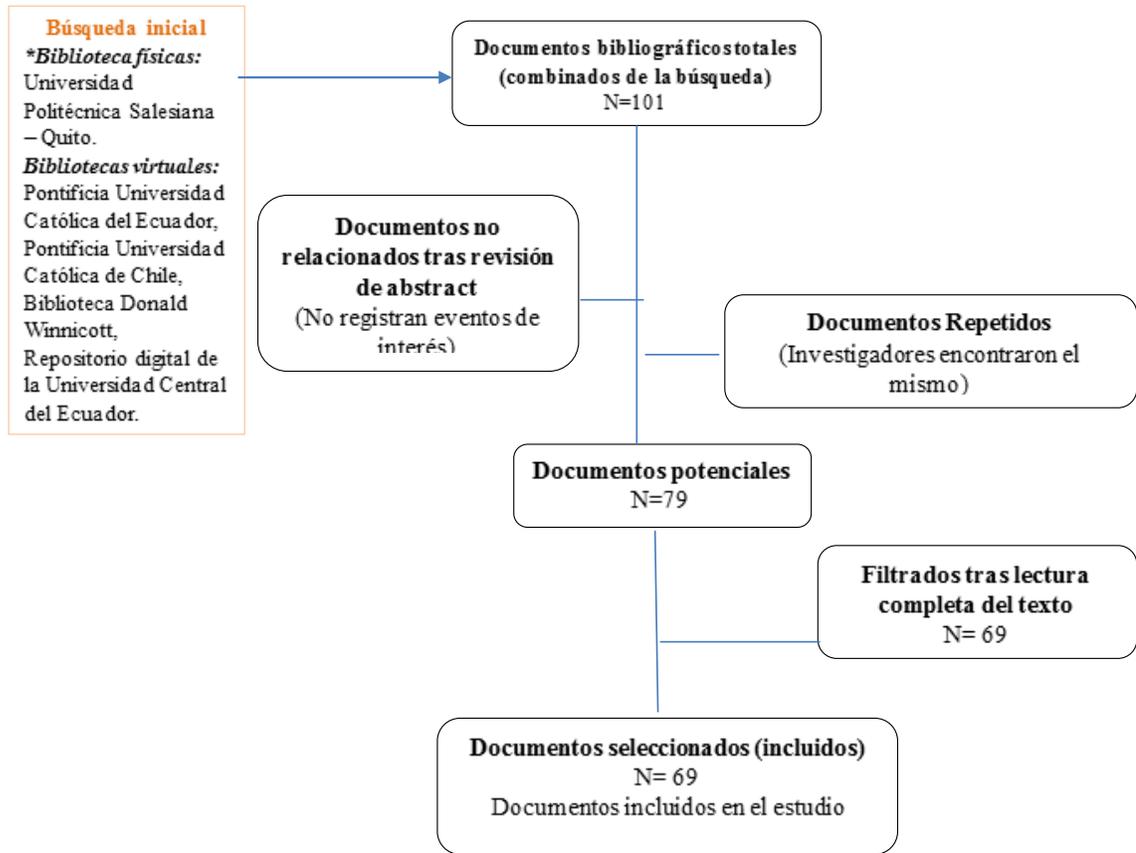


Figura 1: Elaborada por Burgos T.; Cabezas K., 2020.

En la **Tabla 1**: Recopilación de material bibliográfico seleccionado para la investigación, se presenta de manera detallada el número y características de los casos (documentos) que han formado parte del estudio. Se ha considerado pertinente especificar: año, título de las obras, autor, lugar, tipo de documento y fuente.

Tabla 1. Recopilación de material bibliográfico seleccionado para la investigación.

Año	Título	Autor	Lugar	Tipo de documento					Fuente
				Libro	Artículos de revista	Conferencias	Estudios de caso	Informe	
1943	Terapia física del trastorno mental: La terapia electroconvulsiva (electroshock)	Winnicott, Donald	Sociedad Psicoanalítica Británica			X			Biblioteca digital Donald Winnicott
1945	Desarrollo emocional primitivo	Winnicott, Donald	Sociedad Psicoanalítica Británica			X			Biblioteca digital Donald Winnicott
1948	Necesidades ambientales; primeras etapas; dependencia total e independencia esencial	Winnicott, Donald	Sociedad Psicoanalítica Británica			X			Biblioteca digital Donald Winnicott
1950	Crecimiento y desarrollo en la inmadurez	Winnicott, Donald	Sociedad Psicoanalítica Británica			X			Biblioteca digital Donald Winnicott
1950	Ideas y definiciones	Winnicott, Donald	Sociedad Psicoanalítica Británica					X	Biblioteca digital Donald Winnicott

1951	Las bases de la salud mental	Winnicott, Donald	Londres		X				Biblioteca digital Donald Winnicott
1951	Las necesidades del niño y el papel de la madre en las primeras etapas	Winnicott, Donald	Sociedad Psicoanalítica Británica					X	Biblioteca digital Donald Winnicott
1954	El juego en la situación analítica	Winnicott, Donald	Sociedad Psicoanalítica Británica					X	Biblioteca digital Donald Winnicott
1954	Posición depresiva en el desarrollo emocional normal	Winnicott, Donald	Sociedad Psicológica Británica			X			Biblioteca digital Donald Winnicott
1956	Preocupación maternal primaria	Winnicott, Donald	New York		X			X	Organización Mundial de la Salud – Archivo Público
1956	¿Qué sabemos de la costumbre que tienen los bebés de chupar la ropa?	Winnicott, Donald	Charla radial emitida por la BBC el 31 de Enero de 1956			X			Biblioteca digital Donald Winnicott
1958	El primer año de vida, criterios modernos sobre el desarrollo emocional	Winnicott, Donald	Ginebra			X		X	Repositorio digital Universidad Nacional de la Plata

1958	La capacidad de estar a solas	Winnicott, Donald	Sociedad Psicoanalítica Británica					X	Biblioteca digital Donald Winnicott
1958	Los efectos de la enfermedad depresiva en ambos progenitores o en uno de ellos	Winnicott, Donald	Sociedad Psicoanalítica Británica			X			Biblioteca digital Donald Winnicott
1959	El destino del objeto transicional	Winnicott, Donald	Asociación de Psicología y Psiquiatría infantil de Glasgow			X			Biblioteca digital Donald Winnicott
1959	El efecto de los padres psicóticos sobre el desarrollo emocional del niño	Winnicott, Donald	Sociedad Psicoanalítica Británica					X	Biblioteca digital Donald Winnicott
1959	La contratransferencia	Winnicott, Donald	Asociación psicológica británica		X	X			Biblioteca digital Donald Winnicott
1959	Trabajo preliminar para una charla pronunciada en la Asociación de psicología y Psiquiatría infantil. El destino del objeto transicional	Winnicott, Donald	Glasgow			X		X	Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) – Archivo Público
1960	El efecto de la psicosis en la vida familiar	Winnicott Donald	Sociedad Psicoanalítica Británica			X			Biblioteca digital Donald Winnicott

1960	Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso	Winnicott, Donald	Sociedad Psicoanalítica Británica					X	Biblioteca digital Donald Winnicott
1960	La familia y la madurez emocional	Winnicott, Donald	Sociedad Psicoanalítica Británica					X	Biblioteca digital Donald Winnicott
1962	El concepto del individuo sano	Winnicott, Donald	Sociedad Psicoanalítica Británica					X	Biblioteca digital Donald Winnicott
1962	El desarrollo de la capacidad de preocuparse por el otro	Winnicott, Donald	Sociedad psicoanalítica de Topeka					X	Biblioteca digital Donald Winnicott
1962	El desarrollo del sentido de lo correcto y lo incorrecto en el niño	Winnicott, Donald	Charla radial emitida por la BBC			X			Biblioteca digital Donald Winnicott
1962	Los fines del tratamiento psicoanalítico	Winnicott, Donald	Sociedad Psicoanalítica Británica					X	Biblioteca digital Donald Winnicott
1963	De la dependencia a la independencia	Winnicott, Donald	Atlanta			X			Biblioteca virtual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

1963	El cuidado hospitalario que complementa la psicoterapia intensiva en la adolescencia	Winnicott, Donald	Massachusetts				X		Biblioteca digital Donald Winnicott
1963	El desarrollo de la capacidad de preocuparse por otro	Winnicott, Donald	Sociedad Psicoanalítica Británica		X				Biblioteca digital Donald Winnicott
1963	El trastorno psiquiátrico en los términos de los procesos infantiles de maduración	Winnicott, Donald	Philadelphia Psychiatric Society			X			Biblioteca digital Donald Winnicott
1963	El valor de la depresión	Winnicott, Donald	Asamblea General de la Asociación de Trabajadores Sociales psiquiátricos			X			Biblioteca digital Donald Winnicott
1963	Los casos de enfermedad mental	Winnicott, Donald	Association of social workers		X	X			Biblioteca digital Donald Winnicott
1965	El comentario sobre la neurosis obsesiva y "Frankie"	Winnicott, Donald	Ámsterdam		X				Biblioteca digital Donald Winnicott
1965	El valor de la consulta terapéutica	Winnicott, Donald	Pergamon Press Londres		X				Biblioteca digital Donald Winnicott

1965	La psicología de la locura: una contribución psicoanalítica	Winnicott, Donald	Sociedad Psicoanalítica Británica					X	Biblioteca digital Donald Winnicott
1967	El concepto del individuo sano	Winnicott, Donald	División de psicoterapia y psiquiatría social de la Real Asociación Médico-psicológica			X			Biblioteca digital Donald Winnicott
1968	El juego del garabato	Winnicott, Donald	Nevada		X				Biblioteca digital Donald Winnicott
1971	La asistencia en internados como terapia	Winnicott, Donald	Asociación de profesionales para la atención a menores inadaptados			X			Biblioteca digital Donald Winnicott
1971	La cura	Winnicott, Donald	Iglesia San Lucas, Hatfeld			X			Biblioteca digital Donald Winnicott
1971	Realidad y juego	Winnicott, Donald	Barcelona	X					Repositorio digital Scielo

1981	El proceso de maduración en el niño	Winnicott, Donald	Barcelona		X				Repositorio digital Scielo
1984	Enfermedad mental y personalidad	Foucault, Michel	Barcelona	X					Biblioteca virtual Pontificia Universidad Católica del Ecuador
1990	Los bebés y sus madres	Winnicott, Donald	Guanajuato	X					Repositorio digital Scielo
1997	Instrumentos de investigación	Baena, Guillermina	México		X				Biblioteca Virtual en adiciones de México
1998	La historia de la locura	Foucault	México	X					Biblioteca virtual Pontificia Universidad Católica del Ecuador
1999	¿Por qué el Psicoanálisis?	Roudinesco, Elizabeth	París	X					Biblioteca virtual Pontificia Universidad Católica del Ecuador
2000	Tipos de investigación	Grajales, Tevni	Colombia					X	Repositorio digital Scielo

2004	De la dependencia a la independencia. Representaciones maternas acerca del vínculo con el bebé en el primer año de vida	Duhald, Constanza	Buenos Aires	X					Biblioteca Virtual de la Universidad de Buenos Aires (UBA) – Archivo Público
2005	La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental	Azucena del Rosario Sampayo	La Plata Argentina					X	Biblioteca Virtual de la Universidad Nacional de la Plata
2006	La familia y el desarrollo del individuo	Winnicott, Donald	Buenos Aires	X					Biblioteca Ítalo Gastaldi – Universidad Politécnica Salesiana
2007	El niño y el mundo externo	Winnicott, Donald	Buenos Aires	X					Biblioteca Ítalo Gastaldi – Universidad Politécnica Salesiana
2007	Rehabilitación psicosocial: cuadernos de psiquiatría comunitaria	Uriarte Uriarte, José Juan	Samudio			X			Repositorio digital Dialnet - Archivo Público
2007	Revisión sistemática y metaanálisis (I): Conceptos básicos	González de Dios; Balaguer Santamaría	España			X			Repositorio digital de evidencias en Pediatría – Archivo Público

2008	Aspectos básicos sobre el estudio de muestra y oblación para la elaboración de los proyectos de investigación	González, Raisirys; Salazar, Franciris	Cumaná					X	Universidad de Oriente Núcleo de Sucre – Archivo Público
2009	Enfermedad Mental, estigma y legislación.	Onésimo González Álvarez	España		X				Repositorio digital Scielo
2011	Maestría en economía de la salud y de los servicios de la salud	Morasso, Ana	La Plata					X	Universidad Nacional de La Plata – Archivo Público
2012	La experiencia terapéutica con un analista suficiente e insuficientemente bueno. Una contribución de Winnicott al Psicoanálisis	Sainz, Francesc; Cabré, Víctor	Madrid	X					Biblioteca Virtual “Clínica de Investigación relacional (CIR)” – Archivo Público
2012	La piedra de la locura: Inicios históricos de la salud mental	Oswaldo Salaverry	Perú		X				Repositorio digital Scielo
2014	ABECÉ. Colombia	Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental	Bogotá Colombia					X	Ministerio de Salud y Protección Social – Archivo Público.

2014	GUÍA PARTISAM. promoción de la participación y autonomía en Salud Mental	Fernández de Sevilla Otero, Juan Pablo; San Pío Tendero, María Jesús	Madrid	X					Asociación Española de Neuropsiquiatría – Archivo Público
2014	Metodología de investigación	Hernández Sampieri, Roberto	México	X					Biblioteca virtual Universidad Politécnica Salesiana
2014	Transiciones: El modelo terapéutico de D.W. Winnicott	Abadí, Sonia	Lima	X					
2015	De la Literatura a la Historia: Cuando la locura se convierte en desviación social.	SY, Anahi	Argentina		X				Repositorio digital Scielo
2015	El gesto espontáneo: un encuentro a través del juego.	Monardes Osorio, Gladys	Chile					X	Repositorio digital Universidad de Chile
2015	Informe de evaluación del Sistema de salud mental en Ecuador, utilizando el instrumento de evaluación para sistemas de salud mental de la OMS	Echeverri, Carolina; Kestel, Devora y Montoya, Roberto	Ecuador					X	Ministerios de Salud Pública del Ecuador, Organización panamericana de salud, Departamento de salud mental y abuso de sustancias de la Organización mundial de la

									salud - Archivo Público
2016	Empowering people with mental illness within health service acta psycopatological	Aggarwal, Neeru	Barcelona		X				Repositorio digital Scielo
2017	Explorando la salud, la dolencia y la enfermedad	María Sofía Cuba y Jimmy Campuzano	Perú		X				Repositorio digital Scielo
2018	<i>Ética de la salud mental</i>	Josep Ramos Montes	Barcelona	X					Biblioteca Virtual Universidad Politécnica Salesiana
2018	Historia de la salud mental en Ecuador y de la Universidad Central del Ecuador, viejos paradigmas en una sociedad digitalizada	Zúñiga Carrasco Danny Raúl; Riera Ricalde, Alba Yolanda.	Quito		X				Biblioteca virtual de la Universidad Central – Acceso público
2019	Investigación cualitativa: método fenomenológico hermenéutico	Fuster, Guillen	Lima		X				Repositorio digital Scielo
<p>Nota: Elaborado por: Burgos T.; Cabezas K., 2020. “Recopilación de material bibliográfico seleccionado para la investigación”</p>									

10. Presentación de los resultados descriptivos

En este apartado se presentan los resultados del proceso de investigación a través de una matriz integrativa de doble entrada, ésta se encuentra estructurada de la siguiente manera: en la primera columna se puntualizan las categorías y subcategorías de análisis; en segunda, se hace referencia a la información correspondiente a la Escuela psicoanalítica inglesa - Psicoanálisis vincular.

En la tercera, se habla del modelo de psicorehabilitación o rehabilitación psicosocial, en la cuarta columna, se posiciona un breve resumen de convergencia de ambos modelos teóricos, mismos que son explicados por cada una de las categorías. En esta última información detallada, no se van a encontrar referencias bibliográficas, porque lo descrito es de autoría de las investigadoras, luego de estudiar y comprender la teoría.

Debido a la naturaleza de este trabajo (investigación documental), las autoras de este documento utilizaron la segunda y tercera columna para realizar una transcripción teórica de algunas conceptualizaciones propias de cada perspectiva de análisis, que serán ampliadas en la interpretación de resultados.

Para una mejor organización de las categorías de análisis, la matriz se ha dividido en dos dimensiones: 1) Salud – Enfermedad; 2) Tratamiento/ Intervención. En la primera dimensión: Salud - Enfermedad, se aborda las siguientes categorías: salud, enfermedad; esta última ha sido dividida en dos subcategorías, enfermedad mental y locura; esta consideración se hizo pensando en las diferentes consideraciones que se tienen en los modelos teóricos abordados.

En el análisis de la segunda dimensión: Tratamiento/intervención; se hizo la división de categorías como: institucionalización y tratamiento; dentro del análisis del tratamiento, se aborda las subcategorías: objetivos; ejes y principios; técnicas y recursos, éstos últimos se estudiaron de manera separada en: humanos, teórico - técnicos y estatales o sociales.

Tabla 2. Matriz de integración de Resultados.

Teoría Categoría	Escuela inglesa- Psicoanálisis vincular	Modelo de rehabilitación psicosocial/ psicorehabilitación	Convergencia de resultados
Dimensión 1: Salud – Enfermedad			
Salud	<p>– La corriente psicológica a la que pertenezco considera que la madurez es sinónimo de salud (...) un adulto sano, es maduro como adulto, y por esto entendemos que ha pasado por todas las etapas inmaduras, y por todas las etapas de madurez a edades previas. El adulto sano puede, por motivos de necesidad o de diversión, recurrir a todas las inmadureces previas, sea en la experiencia autoerótica secreta o en los sueños. (Winnicott, 2006, pág. 117).</p>	<p>– Al hablar de salud mental ya no se piensa al individuo solo, aislado sino a todo su entorno social y a la comunidad a la que éste pertenece. Se piensa al hombre como una unidad bio-psico-sociocultural que puede ser abordada desde diferentes disciplinas e interdisciplinariamente. Es un concepto integral porque rompe con las falsas antinomias: salud-enfermedad, salud mental-salud física, individuo-sociedad, articulando a la salud mental con la salud en general y planteándola como un producto social. La salud mental está definida en su</p>	<p>– La salud debe ser comprendida desde una mirada bidireccional, en la que convergen y se influyen directamente lo individual y lo social; es decir, no se puede comprender al individuo como un agente aislado del sistema social, si no como parte importante y activa del mismo. En ese sentido, la salud se manifiesta en la interacción del individuo con su entorno, en el que el sujeto no pierde su individualidad al tomar un rol activo de participación con su sociedad.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Se cree que el requisito esencial para la salud mental es que el bebé y el niño de corta edad experimenten una relación cálida, íntima y continua con la madre (o su sustituta permanente), que proporcione a ambos una satisfacción y goce (Winnicott, 1951, pág. 2). - La salud mental de un individuo es determinada desde el comienzo por la madre, quien proporciona lo que he denominado un ambiente facilitador, es decir un ambiente en el cual los procesos naturales de crecimiento del bebe y sus interacciones con lo que lo rodea puedan desarrollarse según el modelo que ha heredado. La madre 	<p>especificidad por la comunidad, en relación con su historia, con sus tradiciones, con los valores, con las diferentes subculturas, niveles educativos y socioeconómicos (Sampayo, 2005, pág. 30).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para la comunidad, «salud» es sinónimo «integración»: una comunidad saludable es una comunidad integrada, en la que se relacionan normalidad sin exclusión (Ramos Montes, 2018, pág. 50). - La salud mental está definida como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la 	<ul style="list-style-type: none"> - En el área de lo mental, es importante considerar a la salud en términos de desarrollo y crecimiento, que viene influidos por aspectos hereditarios, y también por elementos ambientales; estos últimos, vienen dados por la figura materna, que, al ejercer efectivamente su función, permite que el individuo tenga un contacto progresivo con el mundo exterior y así, consiga involucrarse activamente con este.
--	--	--	--

	<p>(sin saberlo) está echando las bases de la salud mental del individuo (Winnicott, 1900, págs. 42-43).</p> <p>– Desarrollo individual: El individuo comienza con una dependencia casi absoluta, alcanza grados menores de dependencia y comienza así a tener autonomía, en estos procesos toma un papel importante la figura materna y el ambiente, pues son éstos que se adaptan a las necesidades del individuo en cada etapa y posibilitan que éste consiga un desarrollo emocional (Winnicott, 2006).</p> <p>– La madurez adulta coincide con la salud psiquiátrica. Cabría decir que el adulto maduro puede</p>	<p>vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, 2014, pág. 1).</p>	
--	--	--	--

	<p>identificarse con grupos o instituciones ambientales, sin que ello entrañe la pérdida del sentido de existencia personal, ni un prejuicio excesivo para el impulso espontáneo, el cual constituye el origen de la creatividad (Winnicott, 2006, pág. 124).</p> <p>– Salud psiquiátrica: lo cual significa que me siento justificado al estudiar a la sociedad como formulación, en términos colectivos, del crecimiento individual orientado hacia la realización personal(...)No hay realización personal sin sociedad, ni sociedad fuera de los procesos de crecimiento colectivos de los individuos que la componen</p>		
--	---	--	--

		(Winnicott, 1971, pág. 181).		
Enfermedad	Locura	<ul style="list-style-type: none"> - La categoría de “locura” no es trabajada dentro del psicoanálisis, se reconoce la existencia de este concepto a la luz de una construcción social. En cambio, reconoce la existencia de la enfermedad mental: En nuestra labor clínica debemos tratar anormalidades y manejarnos en términos de enfermedad, pero en el trato con madres y niños corrientes, y en la enseñanza a niños grandes y pequeños, debemos tener como criterio de orientación la normalidad o la salud (Winnicott, 2006, pág. 39). 	<ul style="list-style-type: none"> - La locura es percibida en el horizonte social de la pobreza. Los locos se distinguen de los otros confinados por su incapacidad para trabajar y seguir los ritmos de la vida colectiva (Sampayo, 2005, pág. 13). - La novela de Saer citada por Sy Anahí muestra que el loco puede perder la cordura, pero no completamente la razón. Dado que su racionalidad nos resulta completamente ajena a la realidad que habitamos y a las estructuras de sentido convencionales, el loco estaría poniendo en evidencia, que tales estructuras no son más que un artificio, el resultado de una construcción social y cultural (2015, pág. 139). - Al loco se lo encierra, se lo separa, es objetivado y analizado por una disciplina particular y 	<ul style="list-style-type: none"> - Entendiendo la locura como una construcción social que permite justificar la separación del individuo de su sistema social, al presentarse como una amenaza para la hegemonía.

			<p>emergente que es la Psicopatología. Ésta le dará respuesta a las demandas e interrogantes sociales sobre la conducta de los “desviados”, dándole la identidad de “enfermedad mental” a tales comportamientos”. Por lo tanto, es la medicina mental y la consecuente medicalización la que legitima al hospicio (Sampayo, 2005, pág. 14).</p> <p>– El loquero sigue siendo un lugar de depósito utilizado por la sociedad para castigar como delito el pensamiento diferente, la emergencia de lo reprimido, la aparición de sus propios síntomas (Sampayo, 2005, pág. 76).</p>	
	Enfermedad mental	<p>– Las enfermedades mentales no son dolencias (...), sino que constituyen patrones de compromiso entre el</p>	<p>–Se trata de entender que los problemas de salud no solo se explican mediante un análisis objetivo del funcionamiento</p>	<p>– La enfermedad, mental debe ser comprendida más allá del diagnóstico médico individual; debe comprender la</p>

		<p>éxito y el fracaso en el estado del desarrollo emocional del individuo (Winnicott, 1963).</p> <ul style="list-style-type: none"> - La enfermedad y la inmadurez son términos casi equivalentes (Winnicott, 2006, pág. 133) - Una falla en esta área (integración), está relacionada con todas las dificultades que afectan a la salud física, las cuales se originan en realidad en la inestabilidad de la estructura de la personalidad (Winnicott, 1900, pág. 30) - La falla de estos procesos tempranos de crecimiento nos conduce inmediatamente al tipo de sintomatología que encontramos en los hospitales psiquiátricos (...) 	<p>fisiopatológico, sino que aparecen, se desarrollan, se modifican o desactivan en un contexto complejo de interrelaciones. Un contexto complejo significa no solo multicausalidad, sino también variabilidad cultural, grado de tolerancia, contextos y apreciaciones de unos y otros (Ramos Montes, 2018, pág. 53).</p> <ul style="list-style-type: none"> -El enfermo mental es, en primer lugar, un ciudadano, en segundo lugar, un ciudadano enfermo, y en tercer lugar un ciudadano afectado por un tipo de enfermedad peculiar (González Álvarez, 2009, pág. 471). -El paradigma social, no considera que las causas de la enfermedad o la discapacidad sean ni religiosas ni científicas, sino sociales. Y se considera como esencial la dignidad y el respeto 	<p>individualidad del sujeto y la subjetividad de sus síntomas y diagnósticos, así como los antecedentes de su padecimiento y contexto de desarrollo y desenvolvimiento.</p>
--	--	--	---	--

		<p>Una falla en este punto (relación madre-bebé) debe ser evaluada en términos de un fracaso de la capacidad para las relaciones objetales (...) aspectos que conciernen al establecimiento de las bases para la salud mental (Winnicott, 1900, pág. 30).</p> <p>– Cierta proporción de bebés experimentan la falla ambiental mientras son dependientes y por lo tanto sufren en mayor o menor grado un daño difícil de reparar (...) En el peor de los casos, el desarrollo del niño como persona se encuentra permanentemente distorsionado y por lo tanto su personalidad se deforma o su</p>	<p>por las diferencias, considerando que las personas que tienen una discapacidad o una enfermedad mental pueden aportar a la sociedad, de igual modo que el resto de las personas (Fernández de Sevilla Otero & San Pío Tendero, 2014, págs. 26-27).</p> <p>– El concepto de “enfermedad mental” posibilita a la sociedad segregar y marginar al improductivo. Estar fuera del sistema laboral implica correr el riesgo de ser rotulado como “diferente” y de ser etiquetado como “enfermo mental” (Sampayo, 2005, pág. 39).</p>	
--	--	--	---	--

		<p>carácter se tuerce. A parecen síntomas que probablemente se considerarán perversos, y el niño deberá sufrir por causa de aquellos que piensas que el castigo o la educación correctiva pueden curar lo que en realidad es una consecuencia profundamente arraigada de la falla ambiental (Winnicott, 1900, pág. 116).</p>		
Dimensión 2: Tratamiento/ Intervención				
	Institucionalización	<p>– Al evaluar a un niño con respecto a la conveniencia de una psicoterapia, consideramos no solo el diagnóstico de la enfermedad y la posibilidad de recurrir a los servicios de un psicoterapeuta, sino también la capacidad de la familia para</p>	<p>– Michel Foucault (1961) considera que la historia de la Psiquiatría no sería un recuento de los esfuerzos para combatir la enfermedad mental sino la historia de la derrota de la libertad, por el control y del predominio del poder sobre el conocimiento</p>	<p>– La institucionalización es una posibilidad de tratamiento cuando el diagnóstico de la enfermedad del paciente estiba un grado de deterioro o complicaciones significativos, así mismo, es una necesidad de</p>

		<p>tolerar al niño enfermo, y para soportar la enfermedad del niño durante el período de tiempo que transcurrirá antes de que el tratamiento empiece a surtir efecto. (...) La familia debe convertirse en un sanatorio privado o incluso en un establecimiento de asistencia psiquiátrica, a fin de dar cabida a la enfermedad en el tratamiento de uno de los hijos; en el caso de que las familias no sean capaces de adoptar esa actitud, es preciso alejar al niño del hogar (Winnicott, 2006, pág. 69).</p>	<p>(Salaverry, 2012, pág. 147).</p> <p>– En la Institucionalización demasiadas personas, son incapaces de entender que ha pasado en sus vidas para que la desestructuración se haya extendido en sus relaciones, sus conductas y sus discursos (...), muchos de ellos acaban deshistorizados, castrados física, psíquica y simbólicamente, silenciados, en definitiva, de una forma taxativa y deshumanizante. Cosificados en una doble identidad como personas diagnosticadas y enfermos crónicos de la que el sistema de salud no libera (Fernández de Sevilla Otero & San Pío Tintero, 2014, pág. 9).</p>	<p>aplicación cuando el ambiente del sujeto no favorece el proceso de tratamiento.</p> <p>– Esta institucionalización apunta a atender de manera integral al sujeto para que éste pueda re- insertarse a su sociedad.</p>
Tratamiento	Objetivos	– Desde el punto de vista del	– Desinstitucionalizar es a la vez rehabilitar la	– Potencializar las habilidades del

		<p>psicoanalista, la meta del tratamiento es el logro de madurez, aunque sea tardíamente (Winnicott, 2006, pág. 133), y para en ello se pone en juego “la capacidad del analista para usar mecanismos proyectivos, quizás el pasaporte más importante al trabajo psicoanalítico, es introyectado poco a poco. Pero eso no es todo, ni es fundamental” (Winnicott, Realidad y Juego, 1971).</p> <p>– Descubrí que el paciente necesitaba de fases de regresión a la dependencia, en la transferencia, pues proporcionaban a la experiencia el efecto total de la adaptación a las necesidades que en rigor se basa en la capacidad del analista (madre) para</p>	<p>subjetividad (Galende, 2008, pág. 179).</p> <p>– Transformar los dispositivos institucionales, considerando el sistema custodial y el cuerpo de ideas que lo constituyen una negación de los principios y derechos elementales de la condición humana. Se busca transformar las técnicas con las que se aborda la enfermedad, exigiendo cambios en la estructura edilicia sanitaria, y por, sobre todo, en la mirada social hacia la enfermedad mental. Se procura rescatar la condición humana del interno, liberar su dignidad, y reparar su identidad movilizandolos sus capacidades expresivas (Sampayo, 2005, pág. 6).</p> <p>– Implantar estrategias que ayuden a cambiar actitudes y mejorar la sensibilización de la</p>	<p>sujeto para que pueda integrarse a la comunidad, para ello es indispensable generar un tratamiento con abordaje transdisciplinario, considerando siempre las necesidades del sujeto y su diagnóstico, así como la comprensión bio psico social noético del mismo.</p>
--	--	---	---	--

		<p>identificarse con el paciente (su bebé). A lo largo de esta experiencia se produce una proporción suficiente de fusión con el analista (con la madre) como para permitir que el paciente viva y se relacione sin necesidad de los mecanismos de identificación proyectivos e introyectivos. Luego viene el penoso proceso por medio del cual el objeto es disociado del sujeto y el analista queda separado y colocado fuera del control omnipotente del paciente. La supervivencia del analista a la destructividad que corresponde a este cambio y lo sigue permite que suceda algo nuevo, (...) la iniciación de una</p>	<p>sociedad (Ramos Montes, 2018, pág. 28).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acabar con la figura del profesional como generador principal de estigma, aquel que escudándose en el protocolo deontológico, en el paradigma biomédico, etcétera, acaba reduciendo a la persona a un manejo de síntomas a tratar individualmente, a una serie de procesos cerebrales que funcionan de forma autónoma e independiente del contexto social y la biografía del afectado (Fernández de Sevilla Otero & San Pío Tendero, 2014, pág. 10). - Según Pichón Rivière citado por Sampayo (2005), el enfermo mental es el símbolo y depositario del aquí y ahora de la estructura social. Curarlo es 	
--	--	--	---	--

		<p>nueva relación basada en identificaciones cruzadas. El paciente puede ya ponerse con la imaginación en el lugar del otro y (al mismo tiempo) al analista le resulta posible y bueno ubicarse en el lugar del paciente a partir de una posición que consiste en asentar los pies en la tierra.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por lo tanto, el resultado favorable, tiene la naturaleza de una evolución en la transferencia, y se produce debido a la continuación del proceso analítico (Winnicott, Realidad y Juego, 1971, pág. 177). - Queremos que cada individuo pueda encontrar y establecer su propia identidad en forma tan sólida que, eventualmente, en el 	<p>transformarlo o adjudicarle un nuevo rol, el de agente de cambio social (pág. 25).</p>	
--	--	---	---	--

		<p>curso del tiempo y según su propia modalidad, adquiriera la capacidad de convertirse en un miembro de la sociedad, un miembro activo y creador, sin perder la espontaneidad personal y ese sentido de la libertad que, en la salud, surge desde adentro (Winnicott, 1950, pág. 6).</p>		
	<p>Ejes de intervención/ principios</p>	<p>– La psicoterapia no consiste en hacer interpretaciones inteligentes y adecuadas; en general es un devolver al paciente, a largo plazo, lo que se trae (...) Me gusta pensar en mi trabajo de ese modo, y creo que si lo hago lo bastante bien el paciente encontrará su persona y podrá existir y sentirse real, (...) es encontrar una</p>	<p>– Rechazo al modelo clínico clásico; la preocupación por los problemas sociales; la prevención (en sus 3 formas: primaria, es decir, procurar reducir el número de casos nuevos de una enfermedad o problema; secundaria, o la detección e identificación de una enfermedad o problema y atención temprana tratando de reducir su duración e impacto; y</p>	<p>– Los principios y ejes rectores de esta integración apuntan a un trabajo fundamentado en derechos humanos y valores universales, lo que posibilita que el terapeuta conciba al sujeto con sufrimiento como otro que se encuentra en una situación de alta vulnerabilidad, y que por lo tanto está imposibilitado de</p>

		<p>forma de existir como uno mismo, y de tener una persona dentro de la cual poder retirarse para el relajamiento (Winnicott, Realidad y Juego, 1971, pág. 154).</p> <ul style="list-style-type: none"> - No nos preocupan solamente las enfermedades o los trastornos psiquiátricos; nos preocupan la riqueza de la personalidad, la fuerza del carácter y la capacidad de ser felices, así como la capacidad para la rebelión y la revolución (Winnicott, 1900, pág. 42). 	<p>terciaria, tratando de evitar las recaídas de una enfermedad y el impacto de sus secuelas) (Fernández de Sevilla Otero & San Pío Tendero, 2014, pág. 27).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los dos ejes esenciales son la igualdad de oportunidades de la que deben gozar todas las personas con una discapacidad y la toma de decisiones (independencia) con la que deben proceder en todas las parcelas de su vida (Fernández de Sevilla Otero & San Pío Tendero, 2014, pág. 28). - Cuestionamiento del manicomio como institución custodial y generadora de patología, y el desarrollo de una red asistencial alternativa ubicada en la comunidad (Sampayo, 2005, pág. 42). 	<p>desenvolverse adecuadamente en su medio, y requiere el acompañamiento de un equipo transdisciplinario.</p>
--	--	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> - La Asociación Mundial de Psiquiatría dice que “la internación compulsiva es una gran infracción a los derechos humanos y a las libertades fundamentales del paciente” y que la misma “debe llevarse a cabo con el principio de la mínima restricción” (Sampayo, 2005, pág. 25). - Asegurar que se ponen a disposición de las personas tratamientos y servicios para la reconstrucción de su proyecto de vida y la recuperación de la identidad personal, apostando por las relaciones personales y sociales, así como facilitando la estabilidad laboral y económica (Fernández de Sevilla Otero & San Pío Tendero, 2014, pág. 67). 	
	Técnicas	- Lo que hacemos en terapia equivale a un	- Los profesionales de intervención en este	- Para llevar a cabo un proceso

		<p>intento de imitar el proceso natural que caracteriza la conducta de cualquier madre con respecto a su propio bebé. Si estoy en lo cierto, la pareja madre-bebé es la que puede proporcionarnos los principios básicos para fundamentar nuestra labor terapéutica, cuando tratamos niños cuyo temprano contacto con la madre fue deficiente o se vio interrumpido (Winnicott, 2006, pág. 35).</p> <p>– La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta (...) en esa zona de superposición entre el juego del niño el de la otra persona, existe la posibilidad de introducir enriquecimientos (...) El terapeuta, se ocupa en especial de los</p>	<p>modelo deben poseer una formación básica sobre pedagogía social, apoyada en la realidad social de las personas, permitiendo una atención integral más humanizada y basada en resultados en la calidad de vida y no únicamente en los síntomas (Fernández de Sevilla Otero & San Pío Tendero, 2014, pág. 67).</p> <p>– Según Piaget y García , el proceso de pasaje desde una subjetividad disciplinaria, es decir un momento que podemos llamar intersubjetivo de la disciplina, a un modelo de intercambio entre disciplinas, momento interdisciplinario que también implica a nivel subjetivo la constitución de una intersubjetividad práctica, proceso en el cual el diálogo y la práctica del otro se hace progresivamente propia, y finalmente se puede lograr una superación de</p>	<p>psicoterapéutico se debe comprender al sujeto consultante en todas sus esferas de funcionamiento, en este sentido, se debe desarrollar un esquema de trabajo que se adapte a las necesidades de éste y a las demandas de su entorno, de manera que una vez que se haya logrado desarrollar y fortalecer las habilidades y aptitudes de la persona, se pueda progresivamente pensar en un retorno a la cotidianidad del mismo. Es importante recalcar, que estas pautas de trabajo pensadas por el psicoterapeuta deben ser flexibles y deben ser aplicadas de manera dinámica respetando el tiempo y las posibilidades de acción de la persona, así como la</p>
--	--	---	---	--

		<p>procesos de crecimiento del niño y de la eliminación de los obstáculos evidentes para el desarrollo (Winnicott, 1971, pág. 75).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lo esencial, pues, era la creación de estabilidad, y sobre todo de estabilidad emocional (...) por lo tanto, tratamos de elegir a quienes poseen esa capacidad para ser consecuentemente naturales en su conducta, pues nos parece un rasgo esencial para esa tarea (Winnicott, 2007, pág. 117). - Encontramos necesario (...) reunir los fragmentos de la historia de cada niño y permitir que el niño supiera que por lo menos una persona sabía todo lo relativo a él (...) Todos los miembros del personal del albergue eran 	<p>estos diálogos y del momento intersubjetivo en la propia creencia disciplinaria, cuando de modo práctico se hace carne en la propia subjetividad con una comprensión totalizadora del problema, momento de pensamiento complejo en el cual el pensamiento refleja en totalidad la diversidad de elementos que componen un problema; este momento es constitutivo de un trans-subjetividad práctica como propio de la transdisciplina (Galende, 1990, pág. 185).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se debe tomar en cuenta dentro de este modelo que el médico está destinado para los cuidados generales de la salud y la indicación de los fármacos adecuados a los síntomas, el psicólogo para la psicoterapia, con el paciente, la familia, o el 	<p>participación de su círculo social de apoyo (en caso de existirlo), por lo tanto, no consideramos sea posible administrar un tratamiento fundamentado en un manual de técnicas preestablecidas; sino que apuntamos a la autenticidad del terapeuta y la importancia del vínculo que se forma entre éste y su consultante para construir y participar activamente en el proceso de recuperación / rehabilitación y reinserción social. En resumen, se trataría un proceso dinámico en donde ambos miembros esclarecen roles y pautas de trabajo, que permiten el desarrollo y cumplimiento de un plan de tratamiento.</p>
--	--	--	--	---

		<p>importantes (...) la elección del personal era una cuestión que nos interesaba mucho. (...) Un custodio debe estar en condiciones de expresar sus sentimientos a alguien que podía, si era necesario, tomar una decisión, o impedir que el problema llevara a una crisis innecesaria</p> <p>– (Winnicott, 2007, pág. 114).</p>	<p>grupo; el trabajador social para el aporte de ayuda social y su gestión ante el Estado, el enfermero para los cuidados cotidianos (...), en el devenir práctico de los equipos estas funciones se cruzan, se intercambian modos de pensar y de sentir entre los profesionales (...). Todas estas actividades ayudan a ampliar los márgenes disciplinarios y permiten avanzar a lo que llamamos transdisciplina (Galende, 2008, págs. 184-185).</p>		
	Recursos	Humanos	<p>– Nos interesa ofrecer un medio que resulte adecuado a la edad del niño en cuestión que permita a cada individuo, en forma gradual y personal, transformarse en una persona capaz de ocupar un lugar en la comunidad sin perder su individualidad (...) ocurre que cuando los complacemos y</p>	<p>– Los profesionales de intervención en este modelo deben poseer una formación básica sobre pedagogía social, apoyada en la realidad social de las personas, permitiendo una atención integral más humanizada y basada en resultados en la calidad de vida y no únicamente en los síntomas (Fernández de</p>	<p>– Los profesionales deben tener conocimientos no sólo científicos de su área, si no también tener una formación que les permitan tener un acercamiento con la historia del sujeto al que tratan, esta perspectiva más humana, aleja a los profesionales de promover e</p>

			<p>permitimos que se diviertan de acuerdo con su edad, lo hacemos realmente comuna finalidad, a saber, posibilitar el crecimiento final de cada niño hasta el estado adulto que colectivamente se denomina democracia (Winnicott, 2006, pág. 37).</p> <p>– En términos ambientales, ello significa una actitud más y más personal y también que quien establece ese contacto personal con el niño tiene que ser cada vez más digno de confianza (cuanto más pequeño es el niño, más confiable debe ser la persona desde el punto de vista de aquel) (Winnicott, 2006, pág. 39).</p> <p>– En toda actividad relativa al cuidado de seres humanos, lo que se necesita son</p>	<p>Sevilla Otero & San Pío Tintero, 2014, pág. 67).</p> <p>– Según Piaget y García , el proceso de pasaje desde una subjetividad disciplinaria, es decir un momento que podemos llamar intersubjetivo de la disciplina, a un modelo de intercambio entre disciplinas, momento interdisciplinario que también implica a nivel subjetivo la constitución de una intersubjetividad práctica, proceso en el cual el diálogo y la práctica del otro se hace progresivamente propia, y finalmente se puede lograr una superación de estos diálogos y del momento intersubjetivo en la propia creencia disciplinaria, cuando de modo práctico se hace carne en la propia subjetividad con una comprensión totalizadora del problema, momento de pensamiento complejo</p>	<p>incrementar los procesos de estigmatización y marginación social relacionados con la enfermedad mental.</p>
--	--	--	---	---	--

			<p>individuos con originalidad y un hondo sentido de la responsabilidad (Winnicott, 2007, pág. 105).</p>	<p>en el cual el pensamiento refleja en totalidad la diversidad de elementos que componen un problema; este momento es constitutivo de un transubjetividad práctica como propio de la transdisciplina (Galende, 2008, pág. 185).</p> <p>– Se debe tomar en cuenta dentro de este modelo que el médico está destinado para los cuidados generales de la salud y la indicación de los fármacos adecuados a los síntomas, el psicólogo para la psicoterapia, con el paciente, la familia, o el grupo; el trabajador social para el aporte de ayuda social y su gestión ante el Estado, el enfermero para los cuidados cotidianos (...), en el devenir práctico de los equipos estas funciones se cruzan, se intercambian modos de pensar y de sentir entre los profesionales (...).</p>
--	--	--	--	--

				Todas estas actividades ayudan a ampliar los márgenes disciplinarios y permiten avanzar a lo que llamamos transdisciplina (Galende, 2008, págs. 184-185).	
		Técnicos/ teóricos	<ul style="list-style-type: none"> - Teóricamente se sustenta en el psicoanálisis vincular, la teoría de las relaciones objetales de Melanie Klein, y en la aplicación clínica lo denominado como Terapeuta lo suficientemente bueno. - Es importante reconocer que para ejercer esta función de terapeuta de manera efectiva, no se debe aplicar un conjunto de técnicas estandarizadas, sino que es importante trabajar desde la creatividad y considerando y dando especial importancia a los procesos individuales, para ello 	<ul style="list-style-type: none"> - En el manicomio, el Arte, la Expresión y la Creatividad son consideradas como instrumentos no sólo convocantes sino también como organizadores de un hacer específico que tiende al encuentro, al despertar de la conciencia crítica, a la desalienación, a la desmanicomialización (Sampayo, 2005, pág. 4). - Este modelo pone en práctica muy diversas técnicas para ello (desde técnicas específicas de desarrollo de habilidades sociales o de estimulación cognitiva, o de psicoeducación familiar, 	<ul style="list-style-type: none"> - La convergencia de los modelos rescata la necesidad de pensar en la individualidad del sujeto, para construir un modelo de tratamiento, en función de sus necesidades, historia de vida, recursos familiares y personales, y su contexto; es decir, que el tratamiento se ajusta al requerimiento del sujeto y no viceversa.

			<p>resulta necesario que sucedan procesos de identificación del terapeuta con la función materna lo suficientemente buena y llevarla a la práctica con sus pacientes, de manera que acompañe al individuo en su proceso de conseguir madurez emocional o autonomía para integrarse a la sociedad.</p>	<p>por ejemplo, hasta otras menos específicas y/o de amplio espectro como el acompañamiento terapéutico, o el seguimiento comunitario), además de realizarse desde unos valores como son los clásicos principios de autonomía, normalización, responsabilización; o las más recientemente reconocidos como los derivados de la perspectiva de la recuperación (Hernández Monsalve, 2011, pág. 295).</p> <p>– Todos los y las pacientes diagnosticados de trastorno mental grave deben tener la posibilidad de ser incluidos precozmente en un programa de rehabilitación (Fernández de Sevilla Otero & San Pío</p>	
--	--	--	---	--	--

				Tendero, 2014, pág. 211).	
		Estatales, sociales y comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> - Las personas psiquiátricamente sanas dependen, para su salud y su realización personal, de su lealtad a una zona delimitada de la sociedad (Winnicott, 2007, pág. 181). - El medio ambiente, cuando es lo bastante bueno, posibilita el proceso de maduración. Para ello la provisión ambiental se adapta, de forma sumamente sutil, a las necesidades cambiantes que van surgiendo de la maduración (Winnicott, 1963). 	<ul style="list-style-type: none"> - En este modelo el Estado está encargado de preservar las formas más humanas de solidaridad social. La sociedad a través de los grupos comunitarios hace efectivo el compromiso solidario con los que fracasan o enferman; y la familia se encuentra como el elemento esencial productor de seguridad psíquica o enfermedad; al individuo para la asunción responsable de su destino (Galende, 1990, pág. 32). - La psiquiatría comunitaria norteamericana, plantea instalar las prácticas psiquiátricas lo más cerca posible de la vida social, es decir la comunidad, generando una serie de instituciones asistenciales de nuevo 	<ul style="list-style-type: none"> - El estado como institución es el responsable de devolver y garantizar los derechos del sujeto a la salud y la vida digna, mediante la creación de varios niveles de atención que promueven restituir el protagonismo del sujeto su propia vida.

				<p>tipo (Galende, 1990, pág. 16).</p> <ul style="list-style-type: none"> – El enfoque comunitario significa también el uso del ambiente como agente estimulador, la participación de los usuarios en la gestión de su vida cotidiana, la promoción de grupos de autoayuda entre usuarios y familias y el impulso y utilización de voluntarios como redes de apoyo (Asociación Madrileña de Rehabilitación, Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales , & Asociación , 2007, pág. 17). 	
<p>Nota: Elaborada por Burgos T.; Cabezas, K., 2020.</p>					

11. Análisis de los resultados

11.1 Psicoanálisis vincular / Escuela psicoanalítica inglesa.

Desde los aportes de Donald Winnicott (1900), se comprende a la salud como sinónimo de madurez emocional, cuyas bases se sientan en la infancia mediante unas tareas que son ejecutadas por la función materna (madre lo suficientemente buena) y posteriormente por el ambiente (ambiente facilitador).

Si estas condiciones son favorables (función materna y ambiente facilitador), el sujeto logra transitar por tres fases: doble dependencia, dependencia relativa y finalmente la independencia relativa, que implicarían un desarrollo integral, es decir, que denotan la capacidad de éste para participar activamente en la sociedad, sin perder su individualidad. En caso de que el proceso de desarrollo emocional haya sido interrumpido por falla de una o ambas funciones (madre lo suficientemente buena y/o ambiente facilitador), el sujeto se encontrará en estado de enfermedad, entendida como inmadurez emocional (Winnicott, 2006).

El autor en referencia, en su texto: “Las bases de la salud mental” (1951), indica que esta interrupción en el proceso de desarrollo requiere ser atendida en términos de: retomar el proceso hacia la madurez emocional. Para ello resulta indispensable realizar una evaluación individual del paciente, que nos permita conocer su padecimiento y la severidad del mismo; seguido de esto, se necesita de una evaluación a la familia, que permita saber si está en posibilidades de acompañar al miembro enfermo mientras cursa su proceso terapéutico (Winnicott, 2006).

Cuando la familia es apta para llevar, participar y acompañar el proceso hacia la salud, y la enfermedad del paciente lo permite (casos en donde la vida propia del paciente o de terceros esté en riesgo), éste puede recibir un tratamiento ambulatorio; sin embargo, si los factores resultan adversos (familia no apta y/o paciente en riesgo), es necesario pensar en la institucionalización. El proceso de institucionalización involucra un abordaje transdisciplinario, en donde la psicología aplicada desde un enfoque psicoanalítico vincular, posibilita la comprensión del proceso terapéutico dinámico, similar a un juego, en donde paciente y terapeuta transitan las tres fases del camino hacia la salud, sirviéndose de un objeto transicional que posibilita que se gestione la angustia suscitada en el recorrido.

El terapeuta, es denominado lo suficientemente bueno, dado que es el agente que simula esta función de la madre en la infancia, y el espacio terapéutico se convierte luego, en el ambiente en donde se culmina el proceso de desarrollo emocional; sin embargo, en este recorrido aparece un tercer elemento: el objeto transicional, que tiene doble función: por una parte, constituye una representación o extensión del terapeuta durante el tratamiento; y por otra, opera como un depositario de demostraciones de amor y odio del paciente.

Donald Winnicott (1971), indica que este objeto transicional es presentado por el terapeuta lo suficientemente bueno en la primera etapa del proceso: la doble dependencia, y permite que se haga un corte en la relación diádica; es decir, posibilita la transición hacia la etapa de dependencia relativa y, al mismo tiempo, permite pensar en una relación triangular que progresivamente hace comulgar el mundo interno del paciente con el mundo externo.

En la fase de dependencia relativa, el objeto transicional, acompaña al sujeto mientras éste se encuentra en actividades dentro de la institución o casa asistencial, la ubicación del objeto en un espacio físico permite que el sujeto gane su posición social también. Este espacio ganado por el sujeto inicialmente se limita al perímetro de la institución donde reside, pero progresivamente alcanza el ámbito familiar y luego el comunitario en los exteriores de la casa de salud.

Finalmente, en la fase de independencia relativa, el sujeto hace uso de su objeto transicional hasta que llega el momento en el que de manera natural lo abandona, este acontecimiento permite pensar que ahora el paciente ha conseguido las habilidades de gestionar niveles de angustia, y que por tanto, puede involucrarse en la comunidad sin mayor dificultad, pues su desarrollo emocional le permite contenerse temporalmente si reapareciera alguna situación adversa, constituyendo una especie de auto-psicoterapia que permite pensar en la continuidad del tratamiento de manera ambulatoria.

A continuación, en la **Figura N°2**: “Síntesis teórica Escuela Inglesa: Psicoanálisis vincular” las autoras presentan un diagrama de flujo en donde se representa de manera sintética la explicación de la intervención desde la teoría psicoanalítica vincular que, concibe a la madre lo suficientemente buena y al ambiente facilitador como la base de los estados de salud.

En los casos de enfermedad mental se ve afectado el funcionamiento de estas funciones que, de acuerdo a las características particulares del caso demandarían una intervención ambulatoria o de internamiento, en cuyos casos, interviene el terapeuta lo suficientemente bueno para devolver estos estados de salud al paciente:

Figura 2. Síntesis teórica Escuela Inglesa: Psicoanálisis vincular.

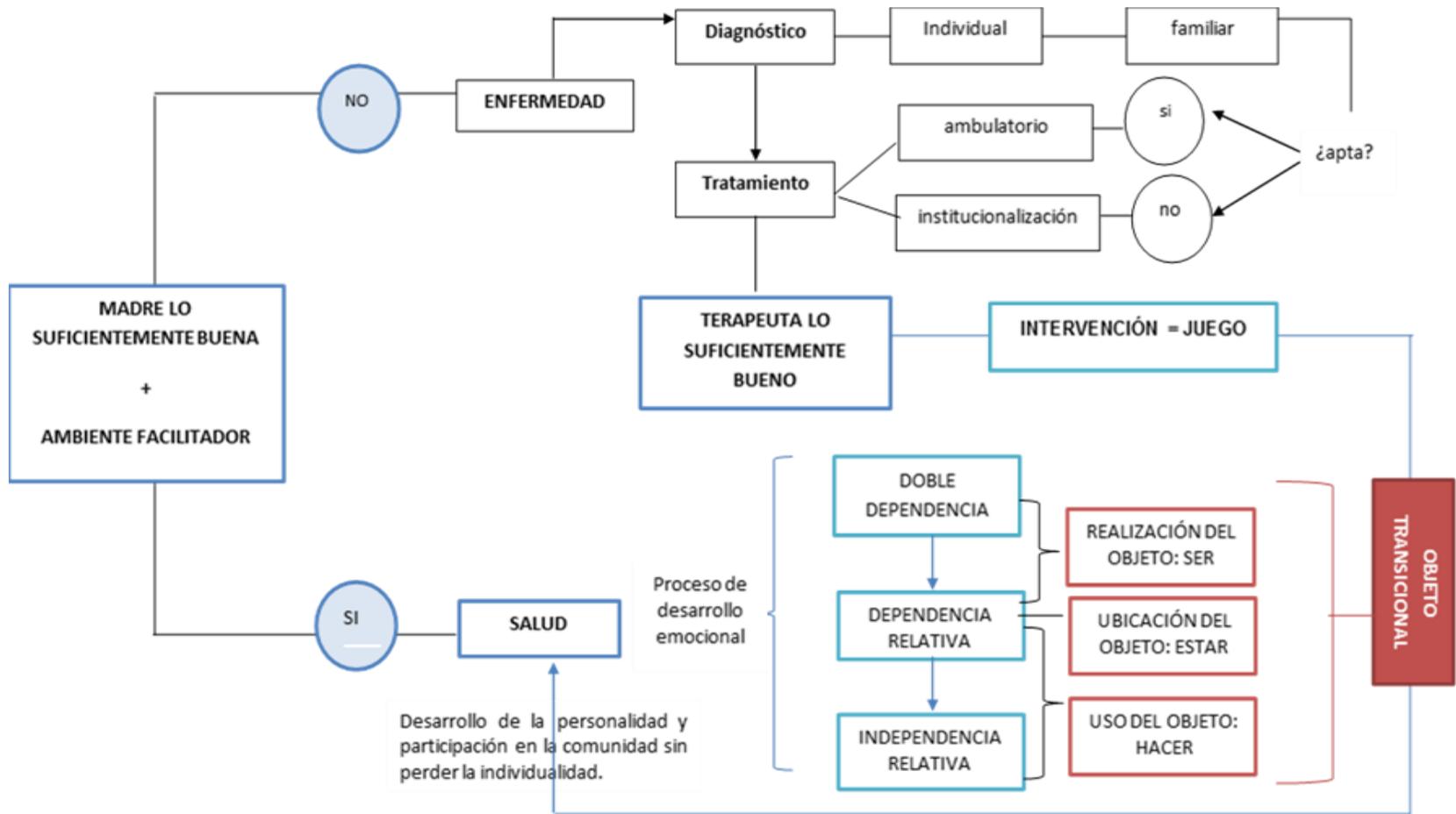


Figura 2:Elaborada por Burgos, T. (2020).

11.2 Modelo de psicorehabilitación.

Desde este paradigma, se considera que el paciente institucionalizado posee un sufrimiento psíquico, que es etiquetado por la sociedad como “enfermedad o locura”, estos términos son usados para segregar lo que se considera improductivo, que, por lo tanto, debe ser atendido y separado para evitar su incremento. La alternativa estatal y médica para tratar esta situación, es generalmente una forzosa institucionalización, mediante la cual se restringe la subjetividad de la persona (Fernández de Sevilla Otero & San Pío Tendero, 2014).

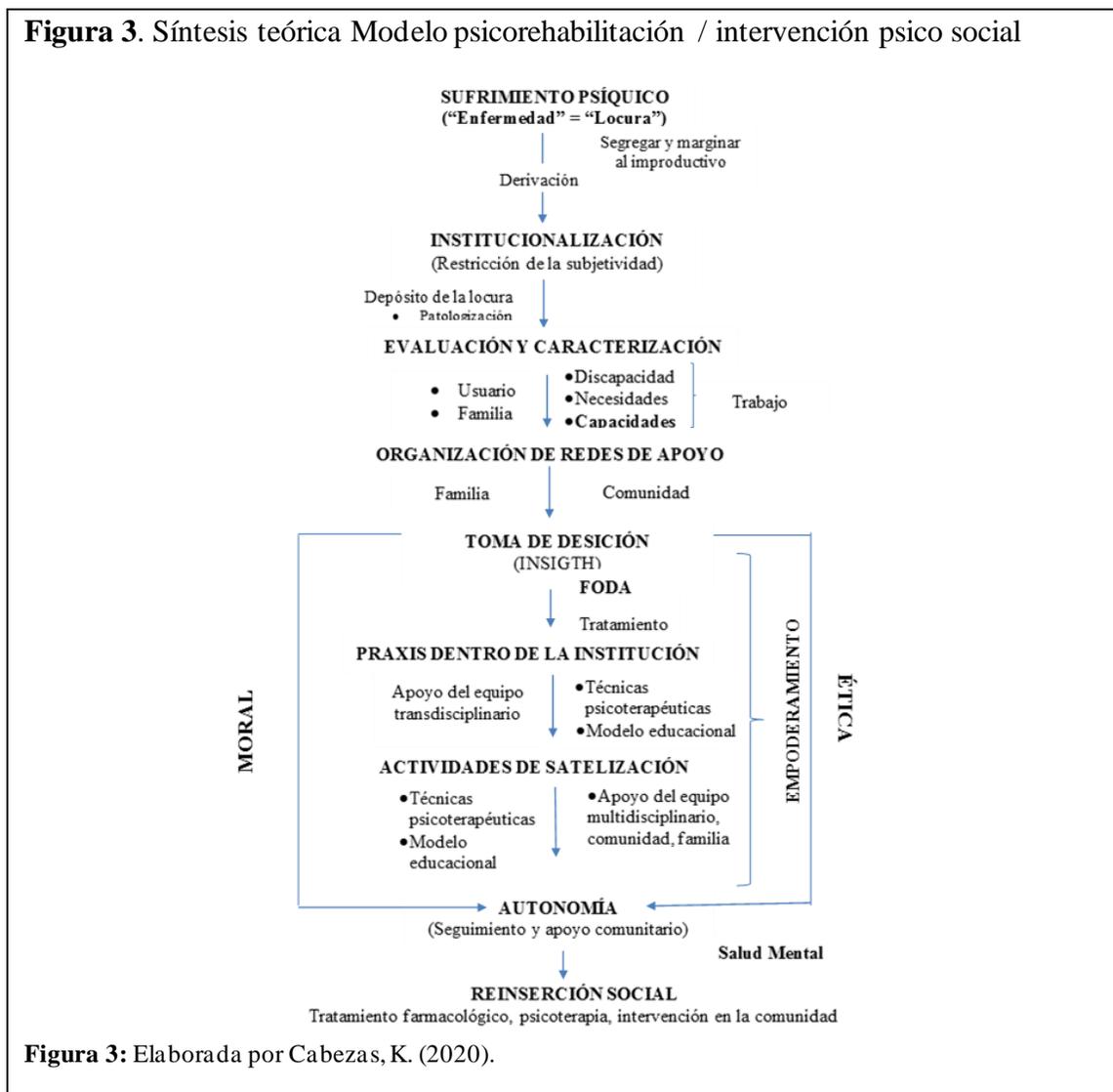
El modelo de psicorehabilitación aquí expuesto, proyecta la eficacia y posibilidad de una desinstitucionalización, que se puede efectuar con el trabajo ético y conjugado de todo un equipo transdisciplinario. Para ello, se parte de una correcta evaluación y caracterización del paciente tomando en cuenta las áreas afectadas por la enfermedad, pero principalmente se resalta las necesidades y capacidades de la persona con sufrimiento. Seguidamente, se establecen nuevas redes de apoyo, donde participan la familia y comunidad; este es el punto sobre el cual se comienza el empoderamiento de la enfermedad que lleva a la toma de decisión (Galende, Psicofármacos y salud mental, 2008).

Fernández de Sevilla Otero y San Pío Tendero (2014), sintetizan que tanto paciente como terapeuta se reúnen con la finalidad realizar la elección de la intervención más adecuada a las necesidades individuales del paciente y de su contexto. Posteriormente, se realizan prácticas de tipo interno y externo con el apoyo de todo el equipo transdisciplinario, enfatizando en el tratamiento psicoterapéutico, ya que, con un conjunto

de técnicas se logra despertar nuevamente las conductas morales y éticas que quedaron vetadas en el sujeto debido al rechazo social recibido.

Finalmente se da paso a la autonomía que, tras un proceso largo y persuasivo, termina en la correcta re inserción social del sujeto, donde se evidencia su bienestar subjetivo, que se traduce en salud mental.

En la siguiente representación gráfica de los hallazgos más importantes resultantes del proceso de investigación, en relación con este apartado:



12. Interpretación de los Resultados

El concepto de enfermedad mental ha tenido una larga evolución a lo largo del tiempo y en sus variados contextos; sin embargo, en todos ellos, se había posicionado a los sujetos con padecimientos mentales como una suma de características negativas, etiquetas y estigmatizaciones; situaciones que contribuyeron a la marginación, e incluso a la invisibilización social de esta problemática y población, negando así, toda posibilidad de recibir una atención de salud estatal digna, gratuita y de calidad.

Frente a esta realidad, varios profesionales de distintas áreas relacionadas con la salud desarrollaron nuevas formas de intervención, que tienen como base de trabajo una nueva concepción del ser humano y sus padecimientos; en ella, se mira al sujeto como un ser total, contextual, y multifacético, y se otorga especial importancia a las necesidades y cualidades de cada persona atendida; con ello, se hace factible considerar a la enfermedad mental como un sufrimiento psíquico individual que, a pesar de compartir criterios diagnósticos con otros casos, siempre se remite a la comprensión particular del malestar, y por lo tanto, no se puede atender desde la generalidad patologizante, ni del reduccionismo biomédico.

Esta nueva perspectiva de trabajo que entró en vigencia a nivel mundial a partir del siglo XX develó e intensificó la concepción del ser humano como un foco de estudio complejo pues, ahora, no sólo sabemos que es una máquina que emite respuestas ante estímulos, sino que en realidad es un ser que siente, piensa y actúa. De este modo, cabe la posibilidad de alejarse cada vez más del estereotipo que equipara a la persona como una máquina que emite respuestas, y en su fallo genera problemas.

El modelo de psicorehabilitación con enfoque comunitario, fue propuesto y recomendado por varios especialistas, y organismos reguladores del servicio de salud a nivel mundial, y es caracterizado como revolucionario en el campo de la atención en salud mental, por su objetivo principal que consiste en acompañar a la persona en su proceso de recuperación/rehabilitación para que logre un funcionamiento autónomo, y sea potencialmente apta para una verdadera reinserción social que optimice su calidad de vida. Sus ejes de operación son consonantes con los derechos humanos, por lo que se entiende que con su práctica pretende devolver: la voz, el lugar social, y sobre todo la cualidad de persona de derecho a todo aquel que presenta un padecimiento psíquico y/o conductual.

Este modelo constituye una verdadera novedad en el campo de la atención en salud mental, pues hace partícipes activos del proceso de recuperación/rehabilitación: al paciente, los tratantes, la familia y también a la comunidad en la que se desenvuelve; es decir, que confía en la creación y reestructura de redes de apoyo para el sujeto sufriente como medida terapéutica. En este sentido, se da apertura a pensar a la salud mental en términos de alcanzar un bienestar que es subjetivo y objetivo al mismo tiempo, y que es conseguido mediante el empoderamiento de la enfermedad y, en consecuencia, de un nuevo estilo de vida; por ende, hablamos de que al final del proceso de tratamiento, el sujeto consigue trascendencia y asunción de su sufrimiento.

En Ecuador, el modelo de psicorehabilitación con enfoque comunitario entró en vigencia desde el año 2014 con el “Plan Estratégico de Salud Mental”; cuyo principal objetivo es mejorar la salud mental de la población ecuatoriana; para ello, dirige sus esfuerzos más grandes a la atención primaria lo que, sin duda alguna, apela por la desinstitucionalización del sujeto con enfermedad mental grave; prevención de agravios

en diagnósticos realizados, mediante la atención gratuita, descentralizada, integral, oportuna, no discriminatoria y comunitaria en salud mental.

En el camino hacia la desinstitucionalización, se ejecuta un protocolo de trabajo en donde intervienen varios profesionales de manera conjunta para mejorar la calidad de vida del paciente psiquiátrico y su entorno. Este trabajo conjugado, convierte al modelo de psicorehabilitación con enfoque comunitario en una alternativa flexible de intervención, pues las técnicas empleadas son consideradas y combinadas de acuerdo a la singularidad de cada caso atendido; tal y como se lo propone teóricamente, constituye también un verdadero reto personal, profesional, y transdisciplinario.

Comprendiendo que la propuesta de psicorehabilitación abarca un equipo de profesionales de distintas áreas de especialización de la salud que juntan esfuerzos por un objetivo común, se debe considerar solamente lo que es de nuestra competencia para este estudio: el tratamiento psicológico; pues es precisamente con los aportes teóricos que se realizaron desde la comprensión psicoanalítica vincular, que se propone el empoderamiento de la enfermedad en un paciente institucionalizado.

La aplicación del modelo de psicorehabilitación, es pensada en términos de empoderar al paciente con sufrimiento psíquico desde la particularidad de su caso. Conviene entonces, remitirse a lo propuesto por Donald Winnicott, quien comprende a la enfermedad mental como sinónimo de inmadurez emocional. En este sentido, el trabajo psicológico estaría orientado a acompañar al sujeto mientras alcanza este estado de madurez emocional que es equivalente a salud, que sólo se conseguirá al transitar por tres estados psíquicos: la doble dependencia, la dependencia relativa y la independencia.

Estos estados psíquicos, originalmente son acompañados por la función de la madre lo suficientemente buena y posteriormente por el ambiente facilitador; sin embargo,

cuando una o ambas funciones falla, ocurre un estancamiento en una de las dos primeras fases del desarrollo hacia la madurez emocional, en cuyos casos se requiere nuevamente que aparezca la función materna lo suficientemente buena y un nuevo ambiente facilitador, que permitan la fluidez del material psíquico y la continuidad de las tendencias innatas al desarrollo inherentes al ser humano.

En el caso de personas que acuden para recibir un tratamiento por un padecimiento mental y/o conductual, quien cumple esta función, es un psicoterapeuta, a quien también se le adjudica esta cualidad de ser lo suficientemente bueno, pues será el encargado de restituir la secuencia natural de desarrollo hasta conseguir el empoderamiento de la enfermedad en el paciente tratado, es decir, que se consigue llegar al estado de independencia relativa que le permite al sujeto ser reinsertado socialmente .

Es este terapeuta, y el vínculo que forme con su paciente (procesos transferenciales y contra transferenciales) lo que conseguirá la desinstitucionalización; y para ello, es necesario reconocer que el trabajo no es sencillo, ni ocurre de manera rápida. Dado que, se trata de un camino, a lo largo del cual se despliegan procesos psíquicos y conductuales que requieren ser acompañados mediante una intervención dinámica entre los agentes participantes es que se percibe el proceso psicoterapéutico a manera de un juego.

Esta intervención además de ser “dinámica”, necesariamente debe estar ejecutada desde un enfoque de derechos, es decir que se trabaja con una perspectiva humana, que progresivamente consigue que el paciente perciba el espacio terapéutico como un ambiente de seguridad y en donde se le permite crecer. Para ello resulta importante que el terapeuta acompañe desde tres actitudes: estar presente, ser confiable y congruente. Es este espacio y vínculo terapéutico lo que constituye el nuevo ambiente facilitador que será habitado por el sujeto previo a su desinstitucionalización.

El proceso iniciaría con una evaluación con la que se pretende establecer un diagnóstico del padecimiento del sujeto, y que es acompañado de un diagnóstico familiar, que determinará la capacidad de ésta para asumir la enfermedad de uno de sus integrantes y la posibilidad de sostenerlo durante el proceso de recuperación; cuando los medios externos (familia – comunidad- Estado) no son favorables para que el tratamiento pueda ser llevado a cabo, el paciente debe ser institucionalizado.

Una vez que el paciente haya sido evaluado e institucionalizado, resulta imprescindible iniciar con un bosquejo de tratamiento, en donde se valide y considere su opinión y la de los especialistas, para que seguidamente sea diseñado y socializado el proceso individualizado de recuperación.

El modelo psicoterapéutico con enfoque de psicorehabilitación comunitario y comprensión psicoanalítica establece que, durante el proceso de conseguir madurez emocional, el sujeto va a construir su verdadero “self”, es decir que hace un paso de una posición esquizoparanoide, en donde el “mundo interno” y el “externo” forman un solo elemento, y llega a una posición depresiva en donde este “mundo interno” y el “externo” comulgan y son diferenciados por el paciente.

Para que exista este paso de una posición a otra, el psicoterapeuta, se sirve de un elemento que facilita la transición, denominado objeto transicional; y constituye un dispositivo en el que el paciente deposita sus angustias temporalmente, mientras adquiere la capacidad de manejarlas por sí mismo. Este objeto no es creado por el psicólogo, sino que es presentado por éste, pero es reconocido y nombrado por el paciente, constituye un elemento interno y externo al mismo tiempo, es de los dos y no es de ninguno, pero sobre todas las cosas, es representante del terapeuta en momentos de angustia por separación, y es quien recibe las expresiones de agresividad y amor del paciente hacia su tratante.

Cuando se refiere a que el sujeto está en una posición esquizoparanoide, hacemos referencia a la fase de doble dependencia, que se caracteriza por un estado de fusión entre el terapeuta y el paciente, tal y como sucede entre el hijo y la madre los primeros meses de vida. En esta etapa, la psiquis del sujeto en tratamiento entra en un estado de regresión en donde retornan recuerdos y fantasías de la infancia, y afloran necesidades primarias (contención, protección y presentación de objetos) que requieren ser atendidas por este terapeuta lo suficientemente bueno para seguir el proceso de maduración. Las necesidades sólo pueden ser atendidas en medida que el terapeuta logra identificarse con la función materna, y paulatinamente se adapta a estas demandas y a las respuestas de su paciente.

Durante esta etapa, que se constituye el mundo interno del sujeto mediante el uso de la fantasía, y el mecanismo defensivo de escisión que da paso a la introyección de factores “buenos” y proyección de componentes “malos” resultantes del vínculo con el terapeuta lo suficientemente bueno, el paciente se encuentra fusionado con su terapeuta, y progresivamente va experimentando pequeñas frustraciones que le permitirán vivir una primera experiencia de corte en la relación diádica paciente-terapeuta; para ello se introduce un nuevo elemento que da paso a una relación triangular.

Esta nueva unidad es denominada objeto transicional, es presentada por el terapeuta, pero, también es “creada” por el paciente, en el sentido de que recibe un nombre elegido y significado por él. A partir de este momento, este objeto será el depositario de todas las demostraciones de amor y odio, expresadas de manera física ante las frustraciones que experimente mientras pasa al estado de dependencia relativa. Para este fin, consideramos que es oportuna la presentación de un objeto inerte y que no pueda ser utilizado para causarse daño.

En la fase de dependencia relativa, que corresponde a la posición depresiva, ocurre un proceso de separación paciente - objeto transicional - terapeuta; en donde se podrá evidenciar que el sujeto en tratamiento le da un lugar al objeto creado y, por lo tanto, logra situarse en un contexto y participar de manera muy limitada y acompañado en espacios institucionales y familiares. En este momento, el paciente deja de concebir al objeto como como una extensión de su cuerpo, aparecen procesos de identificación cruzada, entendida en términos de transferencia y contratransferencia, que favorecen a la interacción y comunión ambivalente de objetos de su mundo interno y el externo.

En este momento resulta oportuno que el terapeuta haga uso de técnicas de psicoeducación que le permitan al sujeto comprender elementos básicos de su afectación: signos, síntomas, tratamiento, incluso de manejo de la enfermedad con técnicas de autocontrol, que al final de esta etapa permitirán que el objeto transicional pase de ser receptor de manifestaciones físicas de odio y amor del paciente, a ser el elemento en el cual se descargan los mismos sentimientos, pero esta vez haciendo uso de la fantasía, de modo que no pueda destruirlo objetivamente.

Podría hablarse de que el paciente ingresa a la zona de independencia relativa cuando logra identificar claramente los elementos de su mundo interno y externo, y actúa de manera que intencionalmente no se causa daño y no daña a terceros cuando experimenta frustración; pues ha logrado entender la diferencia entre las respuestas fantásticas de amor y odio, y es capaz de reparar si ha causado algún daño, es decir ha logrado fortalecer su estructura yoica (self), y le es posible experimentar amor y culpa, indicadores de que se ha formado la instancia psíquica del super yo.

Conviene entonces hacer un cambio de objeto, nuevamente se presenta un elemento, que esta vez tiene la cualidad de ser vivo y reemplazará al anterior. Esto le

permitirá al paciente poner en práctica los elementos introyectados de su terapeuta en el proceso de tratamiento. Este “hacer” del sujeto con su nuevo objeto, le otorga una responsabilidad nueva, que es hacerse cargo de otro ser vivo, que necesita de sus cuidados, esto favorece que la energía pulsional del paciente vuelva a fluir, en este caso el “amor” recibido e introyectado por el terapeuta, ahora es entregado por el paciente hacia su nuevo objeto. Esto constituye un proceso donde el paciente valida todo lo adquirido en el tratamiento, y hace uso de ello progresivamente hasta conseguir la reinserción social.

Es posible que el paciente regrese de un estado de desarrollo a otro varias veces hasta conseguir la independencia relativa, y de esto se debe informar al equipo y a la familia, pues serán todos partícipes del proceso de recuperación y deben estar preparados para contener y acompañar la evolución hacia la salud.

Para facilitar la comprensión del lector, las autoras de este trabajo presentan una síntesis gráfica de una propuesta de intervención que fusiona el modelo de psicorehabilitación con enfoque comunitario y la comprensión psicoanalítica vincular. La información descrita, es representada en el producto de análisis documental realizado para este estudio y es presentada en el **Figura N°4: Síntesis gráfica de la propuesta de intervención que fusiona el modelo de psicorehabilitación con enfoque comunitario y la comprensión psicoanalítica vincular:**

Figura 4. Síntesis gráfica de la propuesta de intervención que fusiona el modelo de psicorehabilitación con enfoque comunitario y la comprensión psicoanalítica vincular.

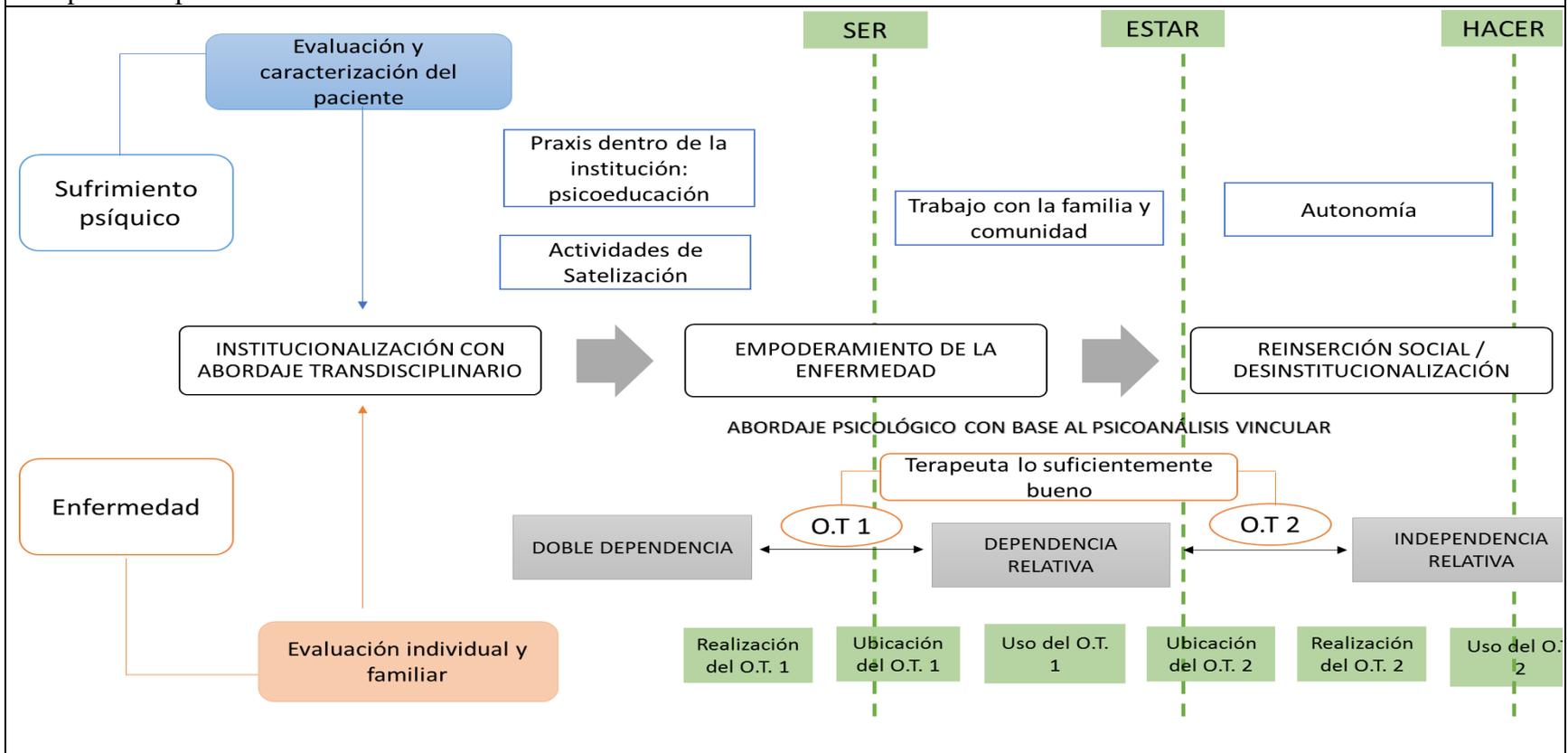


Figura 4: Elaborada por Burgos, T. (2020).

Conclusiones y recomendaciones

Con esta investigación documental, se logró articular dos modelos de intervención (modelo de psicorehabilitación psicosocial con enfoque comunitario, y psicoanálisis vincular) en el campo de la salud mental, para generar una nueva propuesta de trabajo que podría ser aplicada en un proyecto de intervención, de modo que posibilite conocer su alcance y su congruencia con la propuesta del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).

Esta innovación en el ámbito de la intervención en salud mental, que resulta de fusionar una perspectiva teórico-técnica con un enfoque de derechos, permite modificar la atención a pacientes institucionalizados y sus familiares, devolviéndoles la autodeterminación personal, para convertirse en sujetos activos de su sociedad. Esta labor es ejecutada por un terapeuta a quien se lo denomina como lo suficientemente bueno y que está encargado de acompañar al paciente mientras atraviesa estas tres etapas de desarrollo emocional sinónimo de salud.

Este terapeuta suficientemente bueno es representante de la función materna en el espacio clínico y se convierte en una figura imprescindible en el tratamiento, pues el paciente introyectarán de él, todos los aspectos positivos que le permitan comprender, resignificar y vivir con su padecimiento de una manera adecuada.

La implementación de nuevos paradigmas de intervención en salud mental, que trabajan desde una comprensión objetiva del síntoma y la remisión inmediata de éste, se apoyan sustancialmente en el tratamiento farmacológico y la institucionalización como

medidas terapéuticas ha conseguido que se deje de lado antiguos modelos de comprensión y atención al sujeto con sufrimiento mental.

La nueva propuesta abordada en la presente investigación reconoce a los modelos que fundamentan su intervención en el trabajo con el síntoma, no para eliminarlo, sino para enseñarle al sujeto a vivir con él, es decir para resignificar y validar el movimiento energético que ocurre el aparato psíquico. Estas teorizaciones acercan a la posibilidad de restituir vínculos de apoyo como medida terapéutica, mediante la resignificación de la enfermedad mental y sus diversas alternativas de abordaje. De igual manera se pone en evidencia que estas bases teóricas consideradas “obsoletas” e “ineficientes” pueden ser aplicadas a contextos actuales según las necesidades de cada paciente.

Con el empoderamiento de la enfermedad, se logra que la energía psíquica del paciente (libido) retome su movimiento, por lo tanto, que su pulsión se redirija hacia un objeto de amor nuevo, que le permite ejercer una acción, y por lo tanto transcender. Esta nueva capacidad de amar- trabajar (hacer), da paso a que el sujeto reconstruya sus lazos sociales y pueda ser partícipe en su sociedad (estar), lo que lo posiciona nuevamente como un sujeto de derecho ante su comunidad (ser).

Dentro de la investigación, se encuentran limitaciones en distintas áreas: en primera instancia, las relacionadas con el costo-tiempo-interés de intervención, mismas que en este proceso conviene pensarlas en función de la relación de proporcionalidad existente entre el tiempo de desinstitucionalización, el de internamiento en las casas asistenciales, y los esfuerzos invertidos para alcanzar estados de salud.

Esto conduce a considerar que los costos de hospitalización - tratamiento para reinsertar al sujeto son significativamente altos y son muy semejantes; sin embargo, la tendencia a asumir el costo del proceso de institucionalización resulta ser más conveniente para la familia y el Estado en el sentido de que deslinda rápidamente a estas personas de la responsabilidad de asumir estos valores de tratamiento.

Ante esta limitación, conviene reformular el pensamiento capitalista de “gasto económico” que se hace para atender a alguien con padecimiento mental; frente a ello anteponer una visión más bioética del tratamiento, en donde el objetivo no sea pagar para que se remitan signos y síntomas del paciente, sino para que se dé un procedimiento integral que permita que el sujeto con sufrimiento alcance un estado de bienestar total que lo habilite a participar activamente en su sociedad.

La segunda limitación tiene que ver con la participación de la familia, comunidad y el Estado en el proceso de recuperación/rehabilitación; resulta pertinente estimar que la propuesta realizada involucra a varios actores, de los cuales no podemos disponer arbitrariamente, sino que amerita hacer un proceso simultáneo, en donde se trabaje en prevención y promoción de la salud mental para que, sirviéndose de la psicoeducación, se logre desestigmatizar las concepciones sociales de los padecimientos mentales y/o conductuales.

El estado de sensibilización conseguido con la psicoeducación, oportunamente, conminará a estos actores a integrar el proceso de psicorehabilitación, y además los convertirá en miembros activos de éste. Esta transformación se podrá evidenciar en la reestructura de vínculos comunitarios y la creación de nuevas redes sociales de contención

para el paciente enfermo y su familia. Del mismo modo, se generará un espacio en la comunidad para atender situaciones similares, lo que lleva a pensar en la descentralización de servicios de salud.

Otra limitación encontrada, tiene que ver con el personal asistencial, pues se sabe que la oferta de tratantes especialistas en el campo de lo mental es reducida, y la demanda supera la oferta estatal; por lo que resulta casi imposible que se brinde una atención individualizada si no se consideran otras alternativas. La recomendación está en torno a volver al campo de formación universitario, en donde se enseñen otras alternativas o abordajes que se adapten a las necesidades de nuestro país, y que sobre todo conjuguen su ejercicio técnico-teórico con un enfoque de derechos humanos.

A pesar de todas las limitaciones que fueron detalladas, el modelo de intervención propuesto constituye una alternativa con ambiciosos y eficaces resultados en el camino para alcanzar estados de salud, pues devuelve al profesional la posibilidad de ejercer su vocación de manera creativa y ética considerando las necesidades del paciente, y las demandas de su contexto. De modo que, a largo plazo, con esta propuesta el sujeto que consiguió empoderarse de su enfermedad sea capaz de mantener su tratamiento de manera ambulatoria sin mayor dificultad, pues ha adquirido la información que le permite reconocer signos, síntomas de manera oportuna y acudir a un sistema comunitario que lo acompaña mientras se estabiliza y puede volver a participar en su comunidad.

Listado de referencias

- Aggarwal, N. (2016). Empowering People with Mental Illness within Health Services. *Acta Psychopathologica*, 2(4), 2-4.
- Asociación Madrileña de Rehabilitación, Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales , & Asociación , G. (2007). *Modelo de Centro de Atención Psicosocial*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Baena, G. (1997). *Instrumentos de Investigación*. México: Editores Unidos Mexicanos.
- Duhalde , C. (2004). De la dependencia a la independencia. Representaciones maternas acerca del vínculo con el bebé en el primer año de vida. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 17-40.
- Echeverri, C., Kestel, D., & Montoya , R. (2015). *Informa de evaluación del Sistema de Salud Mental en Ecuador utilizando el instrumento de evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS)*.
- Fernández de Sevilla Otero, J. P., & San Pío Tendero, M. J. (2014). *GUÍA PARTISAM. promoción de la participación y autonomía en Salud Mental*. Madrid: Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
- Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.

Francesc, S. (2012). La experiencia terapéutica con un analista suficiente e insuficientemente bueno. Una contribución de Winnicott al Psicoanálisis Relacional. *Clínica e investigación relacional*, 570-596.

Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Scielo*, 7(1).

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental*. Argentina: Paidós.

Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental*. Buenos Aires: Lugar editorial.

González, D., & Balager, S. (2007). Revisión sistemática y metanálisis (I): conceptos básicos. *Evid Pediatr*, 1-10.

González Alvarez, O. (2009). Enfermedad Mental, estigma y legislación. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXIX(104), 471-478.

González, R., & Salazar, F. (2008). *Aspectos básicos del estudio de muestra y población para la elaboración de los proyectos de investigación*. Cumaná.

Grajales, T. (2000). *Tipos de investigación*.

Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental. (2014). *ABECÉ*. Colombia : Ministerio de Salud y Protección Social.

Hernández Monsalve, M. (2011). Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la. *Estudios de Psicología*, 295-303.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Grawk Hill.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de Salud, Departamento de salud mental y abuso de sustancias de la OMS. (2015). *Evaluación del sistema de salud mental en Ecuador*.

Monardes Osorio, G. (Agosto de 2015). *Universidad de Chile*. El gesto espontáneo: un encuentro a través del juego. Obtenido de Universidad de Chile: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/142610>

Morasso, A. (2011). *Maestría en Economía de la salud y de los servicios de salud*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

Ramos Montes, J. (2018). *Ética de la salud mental*. Barcelona: Herder.

Roelandt, J. (2014). "El modelo comunitario de atención privilegia a la persona con enfermedad mental".

Roudinesco, É. (1999). *¿Por qué el psicoanálisis?* París: Librairie Arteme Fayard.

Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: Inicios históricos de la salud mental. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.*, 143-148.

Sampayo, A. (2005). *“La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

Sy, A. (2015). *De la Literatura a la Historia: Cuando la locura se convierte en desviación social*.

Uriarte, J. J. (2007). Rehabilitación Psicosocial. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 7(2), 85-182.

Winnicott, D. (1900). *Los bebés y sus madres*. Guanajuato: Paidós.

Winnicott, D. (1950). Crecimiento y desarrollo en la inmadurez.

Winnicott, D. (16 de Junio de 1951). Las bases de la salud mental. *British Medical Journal*.

Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria. *De la pediatría al psicoanálisis*(168).

Winnicott, D. (1958). El primer año de vida. *Criterios modernos sobre el desarrollo emocional*. Biblioteca D Winnicott.

Winnicott, D. (1959). Trabajo preliminar para una charla pronunciada en la Asociación de Psicología y Psiquiatría infantil. *El destino del objeto transicional*. Glasglow.

Winnicott, D. (1960). *Biblioteca Donald Winnicott*. Deformación del ego en términos de un ser cerdadero y falso. Obtenido de Biblioteca Donald Winnicott: <https://www.psicoanalisis.org/winnicott/defego.htm>

Winnicott, D. (Octubre de 1963). De la dependencia a la independencia. En B. D. Winnicott (Ed.), *De la dependencia a la independencia*., (pág. 1). Atlanta. Obtenido de Biblioteca D. Winnicott.

Winnicott, D. (1963). Los casos de enfermedad mental. *New Thinking if Changing Needs*.

Winnicott, D. (1971). *Realidad y Juego* (Vol. Novena). Barcelona: Gedisa S.A.

Winnicott, D. (2006). *La familia y el desarrollo del individuo* (Quinta ed., Vol. 7). Buenos Aires, Argentina: Hormpe S.A. Recuperado el 10 de Marzo de 2020

Winnicott, D. (2007). *El niño y el mundo externo* (Quinta ed.). Buenos Aires: Hormé S.A.E.

Zúñiga Carrasco, D., & Riera Recalde, A. (2018). Historia de la salud mental en Ecuador y el rol de la Universidad Central del Ecuador, viejos paradigmas en una sociedad digitalizada. *Revista Facultad de Ciencias Médicas*, 39-45.

Anexos

Anexo 1. Modelo de fichas mnemotécnicas desarrolladas por las investigadoras y utilizadas para el presente estudio.

FICHA NEMOTÉCNICA			
Categoría	Dimensión:	Autor: Año: Obra/ Libro: Tema:	Ficha No.:
Pág (s):			
	Contenido: Transcripción información Investigadora: Institución: Universidad Politécnica Salesiana	Carrera: Carrera de Psicología (Quito) Nivel: 10mo.	Bibl.: Fecha: Lugar:
Elaborado por: Burgos T.; Cabezas, K., 2020: <i>“Modelo de fichas mnemotécnicas desarrolladas por las investigadoras y utilizadas para el presente estudio”</i> .			