



## La prevención de la psicosis en la adolescencia\*

En salud mental también se hace necesario incorporar nuevas miradas y nuevas perspectivas a la forma de entender los trastornos psicopatológicos. En una sociedad donde cambian los medios de comunicación, los valores sociales y las formas de relación, también son cambiantes las presentaciones de los síntomas y su forma de entenderlos en el contexto en el que se producen.

Durante el siglo pasado el término *prevención* se incorporó a la salud mental que, en medicina, está ampliamente aceptado e incorporado en relación a la mayoría de enfermedades. Así, por ejemplo, cui-

dando y mejorando las condiciones de salubridad en pueblos y ciudades se evitan un buen número de enfermedades infecciosas. En salud mental, la dificultad para objetivar y conocer los orígenes de la alteración provoca amplias y constantes discusiones sobre cuáles deben ser las acciones preventivas más adecuadas.

Este texto aborda la prevención de un trastorno cuya génesis es compleja y que genera múltiples debates entre las diferentes corrientes teóricas existentes en la actualidad: la psicosis. El coste emocional, económico y social que sufren las perso-

**Dirección publicación:**

Diana Marre  
y Beatriz San Román

**Contenidos de este número:**

Jordi Artigue

**Imágenes:**

Marco Martalar

**Coordinación:**

Victòria Badia

**Difusión:**

Maria Galizia

**Suscripción y contacto:**

gr.afin@uab.cat

**ISSN: 2013-2956**



**GRUPO DE INVESTIGACIÓN**  
Universitat Autònoma de Barcelona

Con el apoyo de:



\* El artículo se basa en la comunicación que con el mismo título se presentó en el IX Congreso Internacional AFIN: *¿España es un país para la infancia y la juventud?: cuestionando el adultismo*, celebrado en Valladolid el 20 y 21 de Noviembre de 2015.

nas que la padecen, sus familias y el entorno social hacen cada vez más evidente la necesidad de prevención.

La investigación aporta datos y argumentos que invitan a abandonar antiguos paradigmas en los que los síntomas poco frecuentes son considerados anormales y originados por una alteración cerebral de base casi exclusivamente biológica. Se hace imprescindible considerar el paradigma relacional en la génesis de dichos síntomas y en las manifestaciones de sufrimiento mental de las personas. La relación y el diálogo entre lo biológico y lo social se hace evidente en la mayoría de investigaciones sobre el tema. A continuación se presentaran algunas de dichas evidencias, pero antes, con el objetivo de conocer esos cambios de valores, sociales y de comunicación aludidos, se presentan tres tipos de situaciones que pueden ser frecuentes en la adolescencia en relación a los inicios de la psicosis.

### **La presentación de la psicosis y la investigación**

Las formas en que se manifiestan los síntomas que hacen pensar en la presencia de un trastorno grave de tipo psicótico se

ejemplifican brevemente en tres casos:

- Chica de 17 años, estudiante de 1º de Bachillerato. Empieza a suspender todos los exámenes, los deja en blanco. Después de una trayectoria brillante en la ESO, dice que algo le viene a la cabeza y le impide concentrarse. Dejó de salir con las amigas, se aislaba en casa. Llama la atención su mirada fija y penetrante. Se pasa horas en casa, viendo documentales en el ordenador.
- Chica de 22 años, estudiante de universidad. Después de una grave crisis de ansiedad, empieza a oír voces que le dicen que vaya a sitios, donde luego no encuentra nada o no sucede nada. Muere un familiar cercano y no puede llorar, se encuentra extraña. Cuando tenía un año, tuvo una intervención quirúrgica con gran dolor por un fallo en la anestesia, estuvo ingresada 4 días, se volvió muy miedosa. Se pasa horas en casa, conectada a internet.
- Chico de 15 años, estudiante de 4º de ESO. Ingresa de urgencia en una unidad de agudos de psiquiatría porque explica que oía voces que le pedían que se suicidase. Dice que lleva oyéndolas aproximadamente un año.

Es adoptado y tiene una hermana, los padres se separaron cuando él tenía 3 años. En 1º de la ESO dice que le hicieron "bullying".

*Imparsi Cirmolo,  
2014.*



Hoy en día la investigación nos aporta datos sobre cómo estos casos son el resultado de una trayectoria de vida alterada. Cada vez son más frecuentes los estudios que relacionan las alteraciones en los vínculos en la primera infancia con los síntomas psicóticos en la adolescencia. En un estudio con 302 estudiantes de dos universidades del Reino Unido, Alisa Udachina y Richard P. Bentall observaron que aquellos que tuvieron en su crianza experiencias de rechazo, falta de valoración y situaciones de angustia en los pa-



*Infinito olmo, 2015.*

dres/madres presentaban posteriormente ideas negativas sobre sí mismos y situaciones de aislamiento. Ello sugiere que los niveles de paranoia se incrementan cuando se producen situaciones que atentan contra la autoimagen (percepción) positiva de uno mismo (del self) o, lo que es lo mismo, contra un apego seguro.

En un estudio realizado en Barcelona en un servicio público especializado en la prevención y tratamiento del riesgo de psicosis, se observó a 31 pacientes (edad media: 15.7 años; rango: 12-25 años) diagnosticados de Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR), que es un estado previo al trastorno psicótico y que, dependiendo del tratamiento, puede acabar en él o no. Se tomaron medidas antes y después de un año de tratamiento integral de base psicosocial. Los resultados concluyen que el estudio del tipo de apego es un buen predictor de la reducción de los niveles de síntomas psicóticos. El apego inseguro y evitativo era el más frecuente en este grupo y mejoró de forma evidente con una buena alianza terapéutica en el tratamiento.

En dos de los casos antes presentados, oír voces es el síntoma en positivo del trastorno psicótico. Oír voces no es un



*Figura 1:  
Experiencias psicóticas en población general.*

fenómeno tan extraño como pueda parecer en un principio. En un estudio realizado en 18 países entre 2001 y 2009, con una muestra de 31261 adultos mayores de 18 años, el 5.8% habían tenido alguna vez una experiencia de tipo psicótico (alucinaciones y/o delirios).

Otro grupo de investigación realizó un meta análisis en los artículos recogidos en la base de datos Medline desde 1950 a 2007, con criterios de inclusión estrictos en cuanto al tamaño de las muestras y la utilización de instrumentos de medida objetivables. Los resultados muestran que un 8% de la población sufre experiencias psicóticas subclínicas por las que no llegan a pedir ayuda. En un 4% de la gen-

te se manifiestan síntomas psicóticos que no llegan a estructurarse como trastorno. Estas experiencias pueden ser de breve duración y desaparecen en el 75-90% de los casos. Afectan, con mayor frecuencia, a las personas jóvenes, desempleadas, emigrantes, de grupos étnicos minoritarios, consumidoras de tóxicos (cannabis, alcohol y otros) y las que viven solas.

En un artículo publicado recientemente S. Marcos y M. Forcen, reflexionan sobre la identidad de la persona afectada de un trastorno psicótico en base a datos como la tendencia histórica de aislar la locura para protegerse de ella. Estudios realizados en las últimas décadas constatan que, en los países con mayor PIB (Producto Interior Bruto), que supuestamente cuentan con mayores recursos sanitarios y sociales, el pronóstico psicopatológico y social de la psicosis es peor, además de que el gasto farmacológico es mayor.

### Otra forma de mirar y entender la psicosis: hacia la prevención

La Federación Veus (que agrupa a asociaciones de personas con trastornos mentales) sostiene que “frente a las interpretaciones habituales que establecen que tener alucinaciones auditivas (y otras experiencias psíquicas inusuales) es el resultado de un desequilibrio bioquímico (algo no funciona en nuestros cerebros) y que el contenido de las mismas es irrelevante, el movimiento internacional *Hearing voices* plantea que estas son una experiencia humana normal y no el síntoma de una enfermedad. Por lo tanto, el contenido de estas experiencias es esencial para establecer un camino real de recuperación, puesto que las alucinaciones auditivas están insertadas en la vida de las personas que las experimentan y, a menudo, cuando tienen una carga negativa, no son sino la reacción a un acontecimiento trau-

mático que no se ha resuelto de manera adecuada.

Los acontecimientos traumáticos, también denominados “acontecimientos vitales estresantes”, los conceptualizamos como factores de riesgo para contraer o desarrollar un trastorno mental. Nos estamos refiriendo a situaciones tan variadas como maltratos, abusos y negligencias en la infancia, determinados estilos de crianza, figuras paternas y maternas poco estables o poco empáticas, trastornos en salud mental graves en los progenitores/as, problemas obstétricos graves en el parto y depresión durante el embarazo. Estos y otros acontecimientos mantenidos a lo largo del tiempo y sin tratamiento aumentan la probabilidad de que en la pubertad y la adolescencia aparezcan los primeros síntomas de un trastorno mental, en ocasiones mucho antes si la intensidad del acontecimiento traumático es grave.

Los factores de riesgo no son específicos de un trastorno mental determinado y su influencia en la aparición de una alteración va a depender de los cuidados que pueda recibir el niño o la niña. Pero es evidente que, una vez detectados, se hace

	Nigeria, Colombia e India	Dinamarca, Reino Unido y Estados Unidos
Curso hacia la remisión completa	62,7%	36,9%
Deterioro en el funcionamiento social	15,7%	41,6%
Tratados con medicación	15,9%	61%

Figura 2: Evolución de la psicosis según el PIB.

necesaria una atención preventiva durante su evolución. En este tipo de abordajes preventivos siempre se plantea el debate sobre la identificación de personas, en especial niños/as, que acumulan factores de riesgo pero que posteriormente no desarrollan ningún tipo de trastorno, es decir, los falsos positivos. Esta situación es común a cualquier acción preventiva; sin embargo, en salud mental, las connota-



*Ursus Noce,  
2015.*

ciones sociales que tienen los trastornos y el estigma que generan hace difícil manejar estas situaciones. Por el contrario, en otras especialidades de salud, como por ejemplo cardiología, es menos complejo desde el punto de vista técnico, emocional y ético, informar sobre una predisposición a una alteración en el funcionamiento del aparato cardiovascular. A pesar de ello, la evidencia del sufrimiento emocional y los costes económicos que generan a los y las pacientes, a las familias y a la sociedad, los trastornos mentales justifican la necesidad de implementar programas de prevención.

La prevención se puede realizar de forma inespecífica o a nivel específico. Es conocido que la pobreza y las condiciones socio-económicas deterioradas favorecen la aparición de trastornos mentales graves, en especial en países desarrollados y en grandes ciudades donde se pueden encontrar diferencias incluso entre barrios vecinos. Se sabe que en países subdesarrollados y en áreas rurales la incidencia de los trastornos mentales es menor. Campañas ciudadanas a favor de la solidaridad, del compartir, de la buena alimentación siempre van a tener un efec-

to directo e indirecto en la salud mental. Desde el ámbito escolar y sanitario, se pueden iniciar estrategias preventivas, específicas e inespecíficas, para los trastornos mentales más frecuentes, donde se incluyan aspectos tan generales como la pobreza y la marginación, y otros tan concretos como el aislamiento relacional y el consumo de tóxicos. Todos ellos serán beneficiosos.

### **Algunas ideas y planteamientos preventivos**

En el trabajo preventivo desarrollado en un servicio público de salud mental se implementaron funciones preventivas a través de la producción de materiales utilizables para tal fin y a través de técnicas y procesos de trabajo con profesionales comunitarios. El programa estuvo en funcionamiento entre los años 2005 y 2011 en tres barrios de Barcelona, enmarcado en los objetivos del Equipo de Atención Precoz a los Pacientes en riesgo de Psicosis (EAPPP). Se desarrollaron dos instrumentos de detección, uno inespecífico y otro focalizado en los estados mentales de alto riesgo (EMAR) de padecer un trastorno mental grave, además de la técnica que

denominamos Taller de Sensibilización a la Salud Mental en el ámbito educativo.

Los instrumentos de detección son:

1. Listado de ítems de salud mental (LISMEN):

Valora la presencia o ausencia de 87 factores de riesgo distribuidos en intervalos de edad, desde los 0 a los 18 años. Se dispone de varias versiones según la edad. Está basado en la bibliografía científica nacional e internacional sobre factores de riesgo. La información que pide es accesible para profesionales no especializados en salud mental y se puede utilizar en servicios de salud comunitarios, como los de pediatría, medicina de familia, centros educativos y centros de servicios sociales. Los estudios de validación estadística realizados comparando una muestra de pacientes con trastornos de tipo psicótico y un grupo control mostraron que las personas que acumulaban como mínimo 10 factores de riesgo en su vida tenían mayor probabilidad de padecer un trastorno mental grave en la adolescencia y/o la vida adulta.

2. Cuestionario ERIRAOS:

Valora con 15 preguntas la presencia o ausencia de síntomas inespecíficos del pródromo tardío y de síntomas psicóticos durante los últimos 12 meses, así como también sus cambios de intensidad y la presencia o ausencia de algunos factores de riesgo. Lo pueden utilizar profesores/as, educadores/as, trabajadoras/es sociales, médicos/as, enfermeras/os, etc. Tiene diferentes puntos de corte que indican si el riesgo de psicosis está presente o ausente y si la persona ya padece un trastorno psicótico incipiente.

**Taller de Sensibilización a la Salud Mental**

La técnica del Taller de Sensibilización a la Salud Mental, utilizada en el ámbito educativo, es una estrategia de acción preventiva y de trabajo en red. Informar con los términos más accesibles y amenos posibles sobre el trastorno mental capacita a la población a identificar el trastorno en sus inicios, detectarlo y tratarlo a tiempo. De esta manera, acercar a las personas a la naturaleza del trastorno –y a lo que el sufrimiento psíquico signi-



Nayadi  
Cirmolo,  
2013.

fica– les permite reconocer los primeros síntomas del trastorno mental, tanto en sí mismos como en su entorno. Los/as profesionales de la educación pueden ser agentes de detección importantísimos de los malestares que preceden a los trastornos mentales. Si se les acompaña y se les proporcionan herramientas y contac-



*Taller de Salud Mental con alumnos de 2º de ESO.*

to con los agentes sanitarios, se facilita que los/as adolescentes en riesgo puedan recibir la atención que necesitan, que no necesariamente es la de equipos especializados, sino que a veces puede proporcionarse desde el mismo centro con un seguimiento esmerado. Actualmente, en nuestro país, la ESO es la última etapa educativa por donde pasa toda la población, independientemente de lo que hagan con posterioridad. En las aulas conviven futuros fontaneros/as, abogados/as, artistas, economistas, peluqueros/as, etc. Es la última actividad de la vida de una persona para hacer prevención des-

de una perspectiva universal, igualitaria y solidaria sin limitaciones.

El taller de sensibilización se lleva a cabo en los propios centros de enseñanza de secundaria, a los que se les ofrece como una actividad a incluir en los espacios de tutoría del grupo clase como una charla o debate de apoyo a la labor del tutor/a.

Previamente se contacta con los y las profesionales que se encargan de enlazar la red educativa con la red sanitaria, habitualmente el Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico (EAP) de la zona, a quienes se explican los objetivos del taller y su metodología. Las necesidades de cada Instituto se contrastan con los tutores/as de los cursos y los y las profesionales del centro que se ocupan y preocupan de la salud mental. Aunque existen diferencias dependiendo de cada lugar, suelen ser: coordinador/a de estudios, psicopedagogos/as, enfermera/o del programa Salud y Escuela, integrador/a social y/o educadores/as. En dicha reunión también se plantea el tema de la privacidad y se informa a los tutores/as de la posibilidad de que aquellos alumnos/as que se sabe que son visitados en el propio EAPPP u otro

dispositivo de salud mental puedan optar por participar o no en el taller.

El taller suele tener una duración total de hora y media, siguiendo el siguiente proceso:

1. Se inicia la actividad rellenando el cuestionario GHQ-28 como instrumento de sensibilización al concepto de salud mental. Es de carácter anónimo y voluntario. Se informa a los alumnos/as de que, si ponen su nombre, se les podrá ofrecer una breve entrevista de devolución de los resultados de manera individual y privada.
2. Se plantean tres interrogantes a los que se les pide que respondan en forma de "lluvia de ideas":
  - a. ¿Qué pensáis que se puede hacer para estar bien de la cabeza?
  - b. ¿Conocéis a alguien que sufra algún tipo de Trastorno Mental?
  - c. ¿Qué pensáis que es la Salud Mental?
3. Recogiendo sus respuestas a las preguntas se enlaza con una breve definición y explicación del concepto de "Salud Mental".
4. El último espacio es un debate abierto sobre el tema, de unos 45 minutos

de duración, con todo el grupo clase, su tutor/a y los/as dos profesionales de salud mental que dinamicen el taller.

El proceso finaliza en días posteriores con la devolución de resultados de forma individual y grupal. La primera se realiza con aquellos chicos y chicas que la solicitaron, es decir, que pusieron su nombre y apellidos en el cuestionario. La dirección del centro facilita un espacio donde realizar una entrevista individual de unos 15 minutos de duración aproximadamente. Previamente se ha pactado ofertar dichas entrevistas en un día y horario concreto para alterar lo menos posible el funcionamiento de las clases. Dicha entrevista la realiza uno de los/as dos profesionales que condujeron el taller. A partir de los comentarios sobre las respuestas dadas en el GHQ, el-la adolescente puede consultar o plantear cualquier inquietud.

La devolución grupal se realiza con los tutores/as y otros/as profesionales del Instituto que participaron en la reunión inicial previa al taller. Conviene que se realice con posterioridad a las entrevistas individuales de devolución, ya que así se abre la posibilidad de comentar situa-

ciones de riesgo, respetando siempre el derecho a la privacidad de los y las estudiantes. Además, en dicha reunión, se comentan las puntuaciones globales del grupo clase en el GHQ-28 y se analizan las diferencias y similitudes con los otros grupos del mismo centro. Por último, se aportan las impresiones de quienes dinamizaron el taller sobre la dinámica que se pudo establecer, el tipo de intervenciones que realizaron los/as estudiantes y el tipo de ansiedades detectadas a nivel grupal.

Finalizado el proceso se espera que el grupo clase y cada estudiante pueda ser más sensible y tolerante con las personas que padecen algún tipo de trastorno psíquico, que interioricen algunas señales de alarma que les permita identificar situaciones de riesgo y pierdan el miedo a consultar y a pedir ayuda cuando sea necesario. Indirectamente, también se pretende que el taller sea una mejora en la comunicación entre profesionales de salud mental y docentes.



*Il Giglio, 2013.*



## PARA REFLEXIONAR

La declaración del colegio de psicólogos británico (British Psychological Society and Division of Clinical Psychology) realizada en 2014 señala:

- Las experiencias psicóticas son comprensibles en la misma medida que las experiencias “normales”, por lo tanto pueden abordarse de la misma manera.
- A menudo son respuestas a experiencias traumáticas, abusos o negligencias.
- Denominarlas “síntomas de enfermedad mental”, “psicosis” o “esquizofrenia” es una manera de conceptualizarlas.
- Su valoración depende del contexto cultural.
- Las experiencias de cada individuo son únicas, ninguna experiencia es exactamente igual a la de otra persona.
- Suelen tener una duración corta; incluso cuando se alargan en el tiempo, las personas pueden conseguir adaptarse.
- Es un mito considerar que esas personas son violentas.



*Natura Inversa, 2015.*

## ENLACES DE INTERÉS

### [The International Hearing Voices Network:](#)

Página web donde se encuentran testimonios, ideas, reflexiones y aportaciones de personas que tienen este tipo de experiencias, amigos/as de estas personas y profesionales.

### [Federació Veus:](#)

Página web de la federación que agrupa las “Entidades Catalanas de Salud Mental en Primera Persona”.

### [Entre Voces:](#)

Versión española de Intervoices, la red internacional dedicada al estudio, educación e investigación sobre la escucha de voces, que cuenta con centenares de grupos en más 25 países.

### [Open Dialogue:](#)

Página de la sección del Reino Unido del movimiento internacional que promueve una nueva forma de acercamiento a la psicosis donde la persona, la familia y los amigos/as dialogan sobre lo que está ocurriendo. También es interesante visitar la [web finlandesa](#) (en inglés).

## SOBRE EL AUTOR DEL TEXTO

### Jordi Artigue

Es psicólogo clínico, Doctor en Psicología, psicoterapeuta y psicoanalista. Su primer trabajo fue como profesor de enseñanza secundaria. Posteriormente ha trabajado en diferentes servicios de salud mental privados, concertados y públicos, entre los que se incluyen centros de internamiento, centros de día y centros de salud mental. Su experiencia más reciente ha sido en el Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP), 2005 - 2011. Investigador del grupo SASPE (Señales de alerta y síntomas prodrómicos en la esquizofrenia, 2000-2011). Actualmente trabaja en el Grupo de Investigación de Pareja y Familia de la Universitat Ramon LLull.

Ha publicado diversos artículos sobre el tema y sobre los factores de riesgo en salud mental. Es profesor en dos másteres de la Universidad de Barcelona y la Sociedad Española de Psicoanálisis, y supervisor en dos centros de asistencia pública de la red de salud mental y en un centro de desarrollo infantil y atención precoz.

## SOBRE EL AUTOR DE LAS IMÁGENES

### Marco Martalar

Artista autodidacta, se inspira en el bosque y la fuerte naturaleza de la meseta de Asiego, donde vive y trabaja. Los pinos, alerces y hayas descienden la pendiente hasta casi entrar en su laboratorio, en Mezzaselva di Roana, un lugar impregnado por el olor de las plantas y el serrín. Marco Martalar comienza a trabajar con dibujos preparatorios que reflejan solo parcialmente la escultura final. Será la propia madera, con su vitalidad natural, la que terminará de determinar su forma. A través de las manos y la creatividad de Marco Martalar, las plantas vuelven a la vida en formas sinuosas y volátiles.

[Más información](#)

## PARA AGENDAR



Los días 5, 6 y 7 de septiembre de 2016 se celebrará en la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona el VII Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud, cuyo lema de partida es "Ciudadanía y transdisciplinareidad: tejiendo redes".

El evento, organizado por la Universitat de Barcelona y el Grupo AFIN de la Universitat Autònoma de Barcelona, tiene como objetivo promover la investigación cualitativa en salud en Iberoamérica, tal y como se hizo en las anteriores ediciones celebradas en México (2003), España (2005), Puerto Rico (2008), Brasil (2010), Lisboa (2012) y Colombia (2014).

La fecha límite para el envío de comunicaciones ha sido ampliada al 16 de abril de 2016.

[Más información](#)

## PARA LEER...



Tizón, J.L. (2010)  
***Entender las psicosis***  
Barcelona:  
Herder



Read, J.; Moshier, L.R. y Bentall, R.P.  
***Modelos de locura***  
Barcelona: Herder

Los pacientes con psicosis forman un amplio grupo de población sometido a intensos sufrimientos y limitaciones, así como a situaciones de aislamiento, marginación, y, en ocasiones, deterioro progresivo. Hoy sabemos que el sufrimiento y el deterioro afectan también a sus familiares, a menudo desorientados, confusos y deprimidos en su relación con el paciente y con el medio social. *Entender las psicosis* ofrece una visión actualizada de esos trastornos y experiencias, una visión menos medicalizada y parcial que la habitual.

En este libro, colaboradores de todo el mundo, critican el "modelo médico" de la psicosis y la locura, analizan desde una perspectiva histórica y económica el predominio del enfoque de la psicosis entendida como "enfermedad", ilustran el papel de las industrias farmacéuticas, describen alternativas a las soluciones basadas exclusivamente en la medicación y apuntan la urgencia y la posibilidad de prevenir las psicosis, abogando por una respuesta más humana y efectiva para el tratamiento de las personas afectadas.

## PARA VER...



Saks, E. (2012)  
***Elyn Saks: Una historia de trastorno psiquiátrico, desde adentro***  
Ted Talks, 15 min.

"¿Le parece bien si destrozó toda su oficina?", le preguntó una vez Elyn Saks a su médico. No bromeaba. En 2007 Saks, una académica en derecho, salió a la luz con su propia historia de trastorno mental, controlado mediante medicamentos y terapia, pero siempre presente. En esta conmovedora charla, nos pide que veamos a las personas con trastornos psiquiátricos de manera clara, honesta y compasiva.



Aronofsky, Darren (2010)  
***El cisne negro***  
EE.UU., 109 min.

Nina, una brillante bailarina que forma parte de una compañía de ballet de Nueva York, vive completamente absorbida por la danza. La presión de su controladora madre, la rivalidad con su compañera Lily y las exigencias del severo director se irán incrementando a medida que se acerca el día del estreno. Esta tensión provoca en Nina un agotamiento nervioso y una confusión mental que la incapacitan para distinguir entre realidad y ficción. (FILMAFFINITY)