



LA RELACIÓN ENTRE LAS PERSONAS USUARIAS Y PROFESIONALES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

**2º Estudio Psicosocial
El Proceso Terapéutico**

La **OPINIÓN** desde el colectivo de **USUARIOS** y
PROFESIONALES

**Proyecto ADEMM: Concienciación y empoderamiento
de los usuarios. Divulgación de sus opiniones.**

Associació d'Usuaris de Salut Mental de Catalunya (ADEMM)

**Equipo del proyecto ADEMM, Concienciación y empoderamiento de los usuarios:
Divulgación de sus opiniones.**

Responsable: Albert Ferrer.

Coordinadora: Dàlia Castro.

Equipo de trabajo: Lluís Imedio, Imma Arriaga, Félix Hernández, Aitor López, Teresa Torrents, Ivan Durán, Félix Barbero y Albert Ferrer.

Autores: Spora Sinergies.

Director: Aleix Causa.

Equipo de investigación y producción: Hernán Sampietro, Ricard Faura y Aleix Causa.

Traducción: Hernán Sampietro.

Edición, impresión y distribución: Centro Especial de Trabajo Apunts, empresa de economía social dirigida a la integración laboral de las personas con trastornos de salud mental.

Consell de Cent 219-221 - 08011 BCN

e-mail: copisapunts@telefonica.net

Tel. 93 451 05 33 -Fax 93 454 89 43

www.cetapunts.org

Setiembre 2009

Prólogo

La asociación ADEMM, Associació d'Usuaris de Salut Mental de Catalunya, lleva ya 18 años trabajando para la defensa de los derechos de ciudadanía del colectivo de personas afectadas por un trastorno de salud mental. Desde el año 1992, la tarea de ADEMM ha permitido construir un espacio de participación y colaboración entre las personas afectadas y las instituciones y asociaciones relacionadas con la salud mental.

El proyecto "Concienciación y empoderamiento de los usuarios. Divulgación de sus opiniones" es una muestra del trabajo que está realizando ADEMM desde el año 2005 gracias a la experiencia de colaboración con diferentes entidades del territorio europeo. La participación como entidad de referencia en los proyectos Sócrates, Grundvig II y en el proyecto Live Long Learning, Grundvig I, de la Comisión Europea fruto del convenio de colaboración con la Associació JOIA, nos ha permitido consolidar una línea de investigación que busca producir conocimiento de calidad con la intención de mejorar la defensa de los derechos ciudadanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental de Cataluña.

En este sentido, ADEMM no pretende ser la voz de las personas usuarias si no que pretende devenir un agente social que da lugar a las diferentes voces que constituyen al colectivo de personas usuarias y ex-usuarias de los servicios de salud mental. Esto ha comportado la promoción y la colaboración con otros agentes sociales para que las personas usuarias, más allá de ADEMM, puedan expresar sus opiniones y conocimientos.

Desde ADEMM estamos convencidos que la mejora de los servicios, de las estrategias de salud mental y, sobretodo, de la recuperación de las personas, pasa por el reconocimiento de las voces de las personas que pasan o han pasado por la experiencia humana de sufrir un problema de salud mental, i por la incorporación de sus conocimientos en la toma de decisiones del proceso terapéutico. Creemos que es imprescindible que las personas afectadas en primera persona devengan agentes activos, con poder de decisión, en la organización y estructuración de la red de salud mental.

Sin embargo, consideramos que la incorporación de las voces de las personas afectadas en primera persona es un paso muy necesario pero no suficiente para establecer y consolidar una red de salud mental basada en la excelencia. Desde ADEMM creemos que la excelencia implica establecer líneas de diálogo y debate entre los diferentes agentes implicados en el ámbito de la salud mental: las personas usuarias, sus familias y su entorno próximo, las personas profesionales y los responsables políticos. Entendiendo que todo diálogo implica el reconocimiento de todos sus interlocutores y la responsabilización compartida de las decisiones tomadas.

Esta investigación representa la segunda entrega de la línea de investigación iniciada por ADEMM sobre "La relación entre las personas usuarias y las personas profesionales en el ámbito de salud mental". Esta línea de investigación cuenta con el soporte del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que ha subvencionado el proyecto, y sigue las líneas estratégicas que plantea el Pla Director de Salut Mental i Addiccions en sus objetivos:

Proyecto ADEMM: Concienciación y empoderamiento de los usuarios. Divulgación de sus opiniones.

- Analizar las necesidades de salud y de servicios sanitarios de los grupos de población afectada por enfermedades mentales y adicciones.
- Diseñar planes de actuación para fomentar la investigación y la docencia en el ámbito de la salud mental.

La intención de la investigación es aportar un conocimiento que permita mejorar las relaciones entre usuarios y profesionales en el proceso terapéutico y así poder incidir en una mejor recuperación de las personas que están vinculadas a la red de salud mental.

Concretamente, la investigación se desarrolla a partir de la siguiente pregunta:

- *¿Cómo las relaciones entre usuarios y profesionales mejoran o dificultan la recuperación de las personas afectadas por un trastorno mental?*

Responsabilizar tanto a las personas usuarias como a las profesionales del buen devenir de la recuperación de las personas implica un primer ejercicio de principios: dar un valor de referencia a sus valoraciones y a sus conocimientos. Por este motivo, esta segunda entrega amplía el universo de la investigación tanto a las personas usuarias como a las profesionales de toda Cataluña. Así, se han realizado un total de 10 grupos focales: 5 de personas usuarias y 5 de personas profesionales (4 a Barcelona, 2 a Girona, 2 a Tarragona y 2 a Lleida); con una participación de 100 personas aproximadamente.

De esta manera, des de ADEMM también planteamos la necesidad de que en un futuro se amplíe esta línea de investigación con la incorporación de la voz de las familias y el entorno próximo de las personas afectadas. Las relaciones entre las personas usuarias y sus familias son un factor de suma importancia tanto para entender el mismo proceso terapéutico como para mejorar la recuperación de las personas.

Finalmente, queremos remarcar que una investigación como esta no se hubiera podido realizar de no estar impulsada por el colectivo de personas afectadas en primera persona. Estos son los pasos de un largo recorrido que ha de llevarnos a un horizonte en el que las asociaciones de personas que pasan o han pasado por una experiencia de sufrir un trastorno en salud mental devengan un pilar fundamental en la construcción del sentido del proceso terapéutico y de las practicas que en él tienen lugar. En este sentido, queremos agradecer especialmente la colaboración de todas las personas que han participado en esta investigación. Su colaboración permite que año tras año nos vayamos acercando a este horizonte.

Albert Ferrer i Pnyol

Presidente d'ADEMM

Sumario

Introducción	6
El proceso terapéutico: diálogos entre la ética, las necesidades y la eficacia.	9
Los momentos previos a la intervención terapéutica	9
Los objetivos del proceso terapéutico	11
Las intervenciones terapéuticas basadas en la contención	12
Las intervenciones terapéuticas basadas en el conocimiento	14
La medicación: entre la contención y el conocimiento	16
Las intervenciones terapéuticas basadas en la recuperación	19
El riesgo como peligro	25
La función profesional y los contextos sanitarios	26
El dilema ético: la base de la intervención en salud mental	27
Más allá del individualismo: el asociacionismo	28

Introducción

Durante los años 2006-2007 se desarrolló la investigación *La relación entre usuarios y profesionales en el ámbito de la salud mental: la opinión de los usuarios y usuarias*¹. Esta investigación recogía la opinión de los miembros de la asociación ADEMM respecto a los servicios de Salud Mental y al colectivo de profesionales que allí trabajan.

Como continuación de aquel proyecto, el año 2008 se inicia una nueva investigación que pretendía recoger la opinión de las personas usuarias como de la opinión de las profesionales del ámbito de la salud mental del territorio catalán. La intención de esta investigación es fomentar el trabajo conjunto entre las personas usuarias y los y las profesionales para repensar y mejorar las condiciones de los servicios de salud mental de Cataluña.

Así, este nuevo proyecto presenta los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Describir qué piensan las personas usuarias y profesionales de la salud mental en Cataluña respecto a su relación mutua.
- Detectar i describir las demandas de las personas usuarias y profesionales respecto a los servicios de salud mental.

Objetivos Específicos:

- Conocer la opinión de las personas usuarias y profesionales respecto a cuál debe ser su papel en el proceso terapéutico.
- Conocer la opinión de las personas usuarias y profesionales respecto al movimiento asociativo de personas usuarias de la salud mental.

La estructura de este informe consta de 6 capítulos. El primer capítulo hace referencia a los conceptos de **salud** y **enfermedad** que, como veremos, devienen elementos clave a la hora de dar a entender el proceso terapéutico. El segundo capítulo hace referencia al mismo **proceso terapéutico**, explicando los principales elementos que lo constituyen. El tercer capítulo nos introduce dentro de las **relaciones** que tienen lugar en el proceso terapéutico. El cuarto capítulo analiza el **contexto institucional** como elemento determinante de las relaciones que tienen lugar en el proceso terapéutico. El quinto, expone las valoraciones que se hacen respecto a las **asociaciones** de personas usuarias y su relación con el proceso terapéutico. Y, finalmente, presentamos un capítulo de **conclusiones** que relacionan los diferentes elementos planteados a lo largo del informe.

Sin embargo, en este documento solo presentamos las aportaciones que aparecen en las conclusiones del informe. En todo caso, es posible consultar el informe completo en:

- www.ademm-usm.org
- www.spora.ws

¹ Ver en: <http://www.ademm-usm.org>

Es importante remarcar que este informe tan sólo se centra en las relaciones entre personas usuarias y profesionales que tienen lugar en los contextos sociosanitarios. Es decir, sólo hacemos referencia a las relaciones que tienen lugar *en el proceso terapéutico*, entendiendo que las acciones y las actividades en el ámbito de la salud mental tienen un alcance mucho más amplio. El proceso terapéutico es uno de los tres procesos que conforman el proyecto asistencial en salud mental, juntamente con la inserción sociolaboral y la rehabilitación social.

En este informe no nos hemos referido explícitamente a estos dos procesos ni a las relaciones que allí acontecen. Entendemos, no obstante, que el proceso terapéutico está estrechamente vinculado a la inserción sociolaboral y a la rehabilitación. Por ello, en ciertos momentos de la investigación se encuentran conexiones o referencias con los mismos.

Metodología

Esta investigación se ha desarrollado haciendo servir una **metodología cualitativa**. El cuerpo de este informe está construido a partir de los relatos de las personas usuarias y las personas profesionales vinculadas a los servicios de salud mental. Concretamente, personas usuarias que se encuentran actualmente en un servicio sociosanitario (hospitales de día, clubes sociales, pisos tutelados, centros de día, residencias, etc.) y personas profesionales de los servicios sociosanitarios que no desempeñan ningún cargo directivo (psiquiatras, enfermeros/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, educadores/as, ATS, etc.).

Para desarrollar este informe hemos utilizado las siguientes **técnicas** cualitativas:

- 5 Grupos Focales con personas usuarias de los servicios de salud mental.
- 5 Grupos Focales con personas profesionales de los servicios de salud mental.

Todas las personas que han participado en los **grupos focales** pertenecen al territorio catalán. Se han realizado un total de cuatro grupos focales en el área metropolitana de Barcelona, dos grupos focales en Girona, dos grupos focales en Tarragona i dos grupos focales en Lleida. En total, en esta investigación han participado aproximadamente unas 100 personas.

En términos metodológicos, hemos optado por lo que en los estudios de tipo etnográfico se conoce como **descripción densa**². Hablamos de una descripción que está simultáneamente constituida por el relato de las personas entrevistadas y por la interpretación que hacen los investigadores e investigadoras. La tarea de la descripción densa es extraer estructuras de significación que a menudo parecen irregulares, no explícitas o inconexas, pero que, a lo largo del análisis, el investigador/a tiene que poder conectar.

Este tipo de enfoque cualitativo supone un tratamiento intensivo de la información que no nos permite una universalización de los resultados. A pesar de lo cual, sí que nos permite una profundización comprensiva que nos dará un mayor poder explicativo respecto a nuestro objeto de estudio. Esto es posible, principalmente, porque el uso de métodos cualitativos tiene

² Utilizamos el término de C. Geertz (1973) "descripción densa" tal y como aparece en su libro "The interpretation of cultures".

Proyecto ADEMM: Concienciación y empoderamiento de los usuarios. Divulgación de sus opiniones.

como característica principal el análisis e interpretación del significado que las personas dan a sus acciones y a las acciones de los demás.

Es preciso mencionar que la metodología cualitativa tiene como objetivo realizar un análisis exhaustivo de los relatos expresados por parte de las personas entrevistadas. La metodología cualitativa no tiene como criterio de análisis la representatividad de sus datos, ni el análisis de porcentajes en las opiniones expresadas, sino que trata de detectar y analizar un conjunto de discursos sobre una serie de temas y la manera que tienen estos de vincularse y de generar formas de pensamiento y de percepción social.

El proceso terapéutico: diálogos entre la ética, las necesidades y la eficacia.

A continuación presentamos un conjunto de reflexiones y propuestas con el objetivo de plantear las principales controversias y puntos de encuentro que envuelven al proceso terapéutico y las relaciones interpersonales que allí tienen lugar. Para poder desarrollar este conjunto de consideraciones, realizaremos un recorrido por los diferentes momentos y contextos que constituyen el proceso terapéutico.

Los momentos previos a la intervención terapéutica

En este primer apartado recuperamos dos aspectos fundamentales previos al proceso terapéutico. En primer lugar, recogemos el sentido y el significado que adquiere la enfermedad mental para las personas entrevistadas. Este punto es especialmente relevante debido a la influencia que tiene la forma de entender la enfermedad mental³ sobre todo el proceso terapéutico y sobre las relaciones interpersonales que allí se producen. Como ya hemos visto, dar un sentido u otro a lo que es y lo que supone una enfermedad mental tendrá implicaciones muy diversas, tanto para las personas usuarias como para las personas profesionales de los servicios de salud mental. En segundo lugar, centramos nuestras aportaciones en lo que se puede considerar el momento previo al inicio del proceso terapéutico. Concretamente, nos focalizaremos en cómo se crea la demanda que inicia el proceso terapéutico.

El sentido de la enfermedad mental

Las enfermedades mentales pueden presentar diferentes intensidades y duraciones diversas atendiendo a la sintomatología que manifiesten. En este sentido, la enfermedad mental es una categoría que engloba diferentes afecciones con características y efectos muy diversos. A pesar de esta gran heterogeneidad, las enfermedades se presentan con algunos atributos comunes.

Las personas entrevistadas presentan la enfermedad mental como un fenómeno que tiene una fuerte influencia sobre las consciencias de las personas. En muchas ocasiones, las personas que están sufriendo un problema de salud mental no tienen *consciencia de enfermedad*⁴; es decir, no se dan cuenta que su vivencia de la realidad está afectada por la enfermedad. Lo que se escucha, se dice, se piensa o se siente, puede ser causado por la enfermedad.

“Es la única especialidad donde se atienden pacientes⁵, aunque ellos no quieran. Entonces esto sí que es algo que no se da en ninguna otra especialidad médica. Y aquí se da porque evidentemente

³ Durante todo el informe utilizaremos mayoritariamente el concepto de *enfermedad mental* a fin de mantener la fidelidad con los relatos de las personas entrevistadas. Así mismo, en ocasiones utilizaremos el término *trastorno mental*, que también es usado, aunque en menor medida, por las personas entrevistadas.

⁴ Se hace referencia a lo que en lenguaje clínico se conoce como falta de *insight*. El término se refiere al conocimiento consciente y la comprensión de nuestro proceso psicodinámico y de nuestras conductas; se considera muy relevante a la hora de alcanzar cambios en estas conductas.

⁵ Paciente, del latín, *patiens*: “el que soporta o sufre (males)”

hay un momento donde la enfermedad puede producir una pérdida de libertad de elección del individuo, por la patología que está sufriendo en ese momento. Por lo tanto, ahí el individuo queda negado de alguna forma, su capacidad cognitiva ha desaparecido, porque está totalmente mediatizada por el proceso, pongamos psicótico, que sufre.” (4:147)

Es por ello que esta definición de la enfermedad mental comporta una consecuencia directa sobre la persona: la relativización del valor de su voluntad. Es decir, si la toma voluntaria de decisiones presupone consciencia de las opciones o de las situaciones, entonces la voluntad de la persona para tomar decisiones estará afectada en los momentos en los cuales se manifiesta la sintomatología⁶. Así, la capacidad para tomar decisiones de una persona queda puesta en duda debido al poder de afectación de la sintomatología. En este sentido, la persona pierde su poder de decisión y, por lo tanto, pierde todo tipo de autoridad, ya que se dice que no tiene *criterio de realidad*.

La atribución de falta de *criterio de realidad* sitúa momentáneamente a la persona afectada en una circunstancia de peligro. La falta de *criterio de realidad* debida a la sintomatología presupone el *no-control* sobre las acciones o las consecuencias de lo que pueda hacer la persona. Por estos motivos, la enfermedad mental adquiere un sentido de peligro para el bienestar de la persona afectada y para su entorno.

“Creo que esto hay que aclararlo, ¿no? Porque seguramente hay una parte, al menos en los centros de salud mental, el 80% del trabajo que estén haciendo ahora es con patología no tan grave.”(3:15)

Debido a que la enfermedad mental adquiere este sentido, la *toma de consciencia* deviene la acción básica sobre la cual báscula toda actividad y legitimación en salud mental. **En el proceso terapéutico, la atribución de ausencia o presencia de consciencia de enfermedad en una persona se utiliza para: describir el estado de la enfermedad, caracterizar las capacidades de la persona, otorgarle (o retirarle) derechos legales, justificar intervenciones y valorar su palabra.**

La demanda de intervención terapéutica

La irrupción de la enfermedad mental supone uno de los momentos más confusos para las personas afectadas, y la llegada a los servicios de salud mental no siempre se da bajo las mismas circunstancias.

En ocasiones, las personas notan que alguna cosa está sucediendo, pese a que no pueden explicar concretamente qué es. La preocupación y el malestar que genera esta vivencia llevan a estas personas a pedir ayuda a los servicios médicos o de salud mental. En estos casos, es la misma persona afectada la que se moviliza voluntariamente para ser tratada. Sin embargo, la demanda que estas personas hacen a los servicios a los cuales acuden no presupone un tratamiento terapéutico, sino que más bien pretende solucionar la necesidad de poder dar un sentido a lo que está sucediendo en su vida. **Las personas que llegan a los servicios de**

⁶ Conjunto de síntomas que presenta una enfermedad o una persona enferma. En psiquiatría se hace una distinción entre la *sintomatología productiva* asociada a las alucinaciones y a los delirios y la *sintomatología defectual* vinculada al déficit cognitivo propio del trastorno mental.

salud mental de manera voluntaria lo hacen con la necesidad de saber y entender qué es lo que les está pasando.

En otras ocasiones, las personas afectadas no llegan a los servicios de salud mental de forma voluntaria. En estos casos, no es la persona afectada la que explicita la necesidad de saber qué está sucediendo. La entrada a los servicios de salud mental se da porqué alguna otra persona hace una demanda de atención y tratamiento. El entorno, afligido por unas circunstancias que no se comprenden y que generan un profundo malestar, demanda una intervención para cortar la violencia con la que se están viviendo los acontecimientos. **Las personas que llegan a los servicios de salud mental de manera involuntaria lo hacen sin ninguna demanda terapéutica o demandando no ser intervenidos.**

“La relación que tenemos con el paciente en estos casos es un poco especial yo creo, porque muchas veces el paciente con trastorno mental severo no tiene demanda de cambio. Tú le preguntas qué quiere y dice que nada, que está bien, que quiere el alta. Entonces las demandas o son generadas por nosotros o muchas veces son demandas de compañeros. Y yo creo que la relación terapéutica está muy mediatizada por esto. Tienes que trabajar con un paciente algo que él no quiere o que él no te demanda... La relación terapéutica en principio se coge con pinzas.” (4:42)

En estos casos, es el entorno de la persona afectada que, ante la urgencia, construye la demanda. **La demanda del entorno de la persona afectada responde a una necesidad de intervención externa, la cual persigue una contención de las circunstancias.** Evidentemente, una vez la persona es intervenida y llega a los servicios de salud mental emerge una demanda de conocimiento que mira al presente -*¿Qué está pasando?*- y al futuro -*¿Esto qué supone?*-

El ingreso involuntario abre la gran controversia ética que englobará todo el proceso terapéutico⁷: *¿Cuál es el valor que se le otorga a la persona afectada en la toma de decisiones del proceso terapéutico?*

Los objetivos del proceso terapéutico

A fin de entender las particularidades que supone el proceso terapéutico y las relaciones que allí tienen lugar es necesario atender a los objetivos que guían y orientan todo el proceso terapéutico. En el análisis de los relatos se detecta un punto de partida común entre las personas usuarias y las personas profesionales respecto a cuál es el objetivo del proceso terapéutico. **Tanto las personas usuarias como las profesionales están de acuerdo que el objetivo del proceso terapéutico es mejorar la calidad de vida de las personas que se ven afectadas por una enfermedad mental.**

“Yo creo que lo importante es eso, ver que tienes una persona delante, una persona con unas cualidades que hay que rescatar. O sea, a mí no me interesa que el paciente solamente se fije en la enfermedad. Me interesa que se fije en sus áreas sanas, potenciar eso. Enseñarle evidentemente a manejarse con las áreas que no son sanas o que le hacen daño o que le perjudican o que le

⁷ “El internamiento forzoso en una institución psiquiátrica y el tratamiento involuntario atentan gravemente contra los derechos de los pacientes y sólo deberán aplicarse como último recurso cuando hayan fallado alternativas menos restrictivas”. (Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde, 2005)

limitan, para que le limiten lo menos posible y siempre mirando qué hay de sano para rescatarlo.” (4:21)

A pesar de que “mejorar la calidad de vida” es un objetivo muy inespecífico, en la investigación se nos presentan un conjunto de orientaciones compartidas que especifican lo que supone este objetivo. En este sentido, **el proceso terapéutico presenta tres objetivos:**

- **Recuperar las funciones y capacidades disminuidas por la enfermedad mental.**
- **Potenciar y mantener las áreas de la persona que no se hayan visto afectadas.**
- **Promover la autogestión de la vida de la persona.**

Así mismo, las personas profesionales y usuarias también están de acuerdo en que es necesaria la implicación de las personas afectadas en el proceso terapéutico. Como se comenta durante todo el informe, **el proceso terapéutico incrementa su eficacia cuando la persona usuaria participa en la toma de decisiones de las intervenciones en las que está involucrada.**

Igualmente, a pesar de que los objetivos del proceso terapéutico suponen la definición de un horizonte común al que pretenden llegar tanto las personas usuarias como las profesionales, se trata de un proceso atravesado por múltiples controversias y conflictos. Mayoritariamente, estos conflictos tienen que ver con el momento de hacer operativos los objetivos del proceso terapéutico; es decir, respecto al *cómo* se desarrollen estos objetivos.

Las intervenciones terapéuticas basadas en la contención

En este apartado explicamos algunas de las características del proceso terapéutico a partir de las intervenciones que tienen lugar en los ingresos hospitalarios. Igualmente, hay características de las intervenciones terapéuticas que se inician en los contextos hospitalarios que irán reapareciendo durante todo el proceso terapéutico.

La llegada de las personas a los servicios de salud mental supone el inicio del proceso terapéutico. Los casos en los que la intervención y la llegada a los servicios no son voluntarias suponen un fuerte impacto. En estos casos, los dispositivos sanitarios actúan en contra de la voluntad de la persona, y ésta, entonces, los percibe desde un punto de vista coercitivo. Pero mirada desde fuera, la intervención involuntaria se legitima y se justifica por el hecho de atribuirle a la persona una falta *consciencia de enfermedad*; es decir, la acción involuntaria viene determinada por la *posibilidad de peligro* que se atribuye a esta *no-consciencia de enfermedad*.

“Mira si es compleja que a veces se tienen que hacer cosas en contra de la voluntad de la persona, por su bien.” (3:156)

En un inicio, el proceso terapéutico centra todas sus actuaciones en la enfermedad mental y en sus efectos. La persona afectada queda en un segundo plano debido a la necesidad de tratar la sintomatología. Así, en estos primeros momentos se trata de contener la enfermedad mental. Por este motivo, la primera intervención terapéutica es el ingreso en un hospital psiquiátrico y

la administración de fármacos no específicos. Tanto el recinto psiquiátrico⁸ como los fármacos administrados tienen el mismo objetivo: la contención de la enfermedad y sus síntomas. Así, a partir de los ingresos involuntarios hospitalarios no voluntarios podemos inferir que **el proceso terapéutico se desarrolla mediante una línea de intervención terapéutica basada en la contención**. Tanto el recinto hospitalario como el tratamiento farmacológico están exclusivamente estructurados y pensados a partir de los síntomas de la enfermedad mental y del peligro que estos pueden comportar. El resto son factores secundarios que se tratarán posteriormente.

“El problema es que muchas veces la contención física es la primera que se da y ya está. Yo creo que esto pasa mucho en los psiquiátricos.” (1:274)

Esta contención institucional y farmacológica también tiene otro efecto significativo: a saber, la anulación de toda actividad de la persona; la voluntad de la persona queda sometida, aniquilada y reclusa por las paredes de la institución y por los efectos de los fármacos. En estos casos, el proceso terapéutico se inicia con la anulación de cualquier posibilidad de acción de la persona. Se entiende que mientras la persona sea sometida, la sintomatología no podrá gobernar sus acciones.

Para ser más precisos, los efectos de las prácticas terapéuticas que se desenvuelven en este momento nos muestran que no se diferencia entre qué es la *persona* y qué es la *enfermedad mental*. En este sentido, la persona pasa a ser, sencillamente, un habitáculo en el cual la enfermedad mental se expresa a partir de los síntomas. En estos momentos, el resto de atributos y características de la persona quedan diluidos. De hecho, es el propio concepto de *persona* el que queda diluido. **Los efectos de las prácticas de contención nos muestran que en un momento inicial, el objeto terapéutico es la enfermedad, de manera que la intervención se realiza sin considerar ningún otro aspecto de la persona**. La institución psiquiátrica reduce la persona a síntomas clasificables para la mirada médica y, simultáneamente, la recluye por medio de las paredes institucionales y de los fármacos.

Esta cuestión explica porqué las personas entrevistadas no relatan ningún tipo de intervención orientada a la persona en el inicio del proceso terapéutico. Del mismo modo, la persona afectada nunca recibe explicaciones del procedimiento al cual se verá sometida en el momento que es ingresada. Es decir, la persona ingresada no recibe información respecto a su estado ni respecto al porqué de las intervenciones que se le aplican. Así mismo, no hemos detectado ningún relato que considere al hospital psiquiátrico como un lugar adecuado para mantener una estancia confortable o acogedora mientras se recibe tratamiento.

En este sentido, un hospital psiquiátrico no tendría como objetivo recuperar a la persona, sino que su objetivo sería la contención de la enfermedad mental y posibilitar unas condiciones y unos tiempos adecuados para poder iniciar la diagnosis de esta enfermedad mental. Como comentan las personas entrevistadas, la misma estructura de la institución psiquiátrica emplaza a toda intervención a basarse en la contención; la normativa, los protocolos y la

⁸ Aunque en la actualidad el término *hospital psiquiátrico* se ha cambiado por el término *Unidades de Hospitalización Psiquiátrica*, en esta investigación seguiremos utilizando el término hospital psiquiátrico ya que este es el nombre con el que se refieren a él las personas usuarias.

estructura arquitectónica no dan margen de maniobra para actuar libremente. Todas las acciones, los tiempos y los espacios están fuertemente normativizados.

“Que a mí también me ingresan tres meses en una unidad como la nuestra de subagudos, que me dan de comer tres veces al día y estoy en un sofá y yo también acabo, entre comillas, deteriorado.” (3:81)

En estos momentos y contexto, lo primero es la prevención de la salud de la persona, a fin de evitar las posibles consecuencias negativas, aunque esto suponga anular a la misma persona. Esta es la primera de las paradojas del proceso terapéutico: **en el momento del ingreso, la actuación por el bienestar de la persona implica que esta no tenga capacidad de acción**. En este momento, el bienestar se construye de manera opuesta a la voluntad. De hecho, se tiende a resaltar que la falta de *consciencia de enfermedad* impide poder dar cierto margen de acción a la persona más allá de su contención.

Las intervenciones terapéuticas basadas en el conocimiento

Una vez contenidos los síntomas de la enfermedad, el siguiente paso consiste en aislar y clasificar la enfermedad; es decir, hay que construir un diagnóstico. Así, a partir de la intervención psiquiátrica podemos inferir que **el proceso terapéutico se desenvuelve mediante una línea de intervención terapéutica basada en la construcción de conocimiento**. La elaboración de un diagnóstico permitirá diseñar un tratamiento farmacológico específico para la afección de la persona.

“Bueno, el diagnóstico debe ser necesario, ¿no? Supongo que sí. Tienen que poner un diagnóstico para hablar de alguna manera, ¿no? Supongo eso, ¿no? Tener al paciente dentro del lugar y entonces, a partir de aquí, pues trabajan con sus tratamientos.” (6:75)

El diagnóstico es la herramienta fundamental para iniciar, por un lado, el tratamiento sobre la enfermedad mental y, por el otro, el tratamiento sobre la persona. El diagnóstico da un nombre a la enfermedad mental y, al nombrarla, la separa de la persona. En este sentido, el diagnóstico es la práctica psiquiátrica de dar entidad propia a la enfermedad mental. Es decir, la enfermedad queda delimitada, en tanto que se han determinado sus características. **En el marco del proceso terapéutico, y como producto del diagnóstico, la enfermedad mental adquiere entidad independiente de la persona que la sufre**. Esta práctica de delimitación es la que permite iniciar el tratamiento sobre la enfermedad mental y sobre las causas del malestar que vive la persona afectada.

Así, gracias al diagnóstico se puede continuar desarrollando el proceso terapéutico. Por una parte, la línea de intervención terapéutica basada en la contención se irá orientando hacia la enfermedad mental y su sintomatología. Por la otra, se iniciará una línea de intervención terapéutica basada en la recuperación de la persona. Por lo tanto, **el diagnóstico da sentido a las acciones que tienen lugar en el proceso terapéutico y ordena su desarrollo**.

El diagnóstico: el eclipse de la persona

El diagnóstico supone que la enfermedad mental adquiere una entidad propia y, por lo tanto, supone la posibilidad de separar o delimitar lo que es la *persona* de lo que es la *enfermedad*.

De esta manera, las instituciones sanitarias y las personas profesionales pueden tratar específicamente la enfermedad mental a partir del diagnóstico. Sin embargo, **los contextos hospitalarios y las prácticas que allí tienen lugar tienden a focalizar su acción exclusivamente en la enfermedad mental.** El saber de estas instituciones y profesionales se centra en su objeto de trabajo: la enfermedad mental y sus síntomas.

Además, en estos contextos, la enfermedad mental se define como una entidad que afecta la consciencia de la persona y su relación con la realidad. La persona tiene una forma especial de relacionarse con su entorno, en tanto que está afectada por una enfermedad. Una vez que se le otorga entidad propia, la enfermedad es el elemento que explica la relación de la persona con la realidad. Es la enfermedad la que determina lo que es específico de la persona: su conducta, su percepción o sus pensamientos.

De hecho, es precisamente la enfermedad mental la que justifica el ingreso y el tratamiento de la persona que la sufre. Es por estos dos motivos –la enfermedad como objeto de trabajo y la enfermedad como legitimación de la acción terapéutica– que **en los contextos hospitalarios la enfermedad mental se define como un atributo fundamental de la persona.**⁹

“Y siempre digo lo mismo cuando se presentan Soy un esquizofrénico, siempre digo: Eres una persona que tienes una enfermedad que se llama así.” (4:15)

Por ello, la relación entre la persona y la enfermedad mental se relata con el verbo ser, como por ejemplo: *esta persona es un esquizofrénico.* En estos casos, la enfermedad mental, pese a ser una entidad por sí misma, no se diferencia de la persona. La enfermedad mental pasa a ser el atributo de la persona que nos explica quién es ésta. Es decir, se genera una sinécdoque¹⁰ perversa por la cual una condición o un atributo se considera como la totalidad de la persona.

En los contextos hospitalarios son una minoría los relatos que le dan otro sentido a la relación entre la persona y la enfermedad: esta persona *tiene o porta o sufre* una esquizofrenia. En estos relatos los verbos que vinculan a la persona y la enfermedad mental establecen una distancia entre la persona y la enfermedad mental. Estos relatos son más usuales en los contextos y en las intervenciones terapéuticas centradas en la persona, ya que es esta persona el objeto y la razón del trabajo que se realiza.

Así, el efecto de esta atribución nos lleva a hablar del estigma¹¹. **La persona, como usuaria de los servicios sanitarios en salud mental y de la medicación, está definida exclusivamente a partir de la enfermedad mental.** Otros atributos, como el nivel educativo, la posición familiar o la ciudadanía, entre muchos otros, quedan diluidos debido a la relación que se establece entre la enfermedad y la persona en los contextos hospitalarios.

⁹ Atributo: cualidad o manera de ser considerada como propia de alguien o de alguna cosa.

¹⁰ Sinécdoque: tropo o figura retórica que consiste en extender o restringir el significado de una palabra, tomando el todo por la parte o la parte por el todo, el género por la especie o la especie por el género, etc.

¹¹ “El término estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador; pero lo que en realidad se necesita es un lenguaje de relaciones, no de atributos. Un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor puede confirmar la normalidad de otro y, por consiguiente, no es ni honroso ni ignominioso en sí mismo. (...) Los atributos duraderos de un individuo en particular pueden convertirlo en un estereotipo; tendrá que representar el papel de estigmatizado en casi todas las situaciones sociales que le toque vivir, y será natural referirse a él, tal como lo he hecho, como a un estigmatizado cuya situación vital lo ubica en contraste con los normales.” (Goffman, E. 1963: 12 i 160)

Las dinámicas que tienen lugar en los contextos hospitalarios crean las condiciones básicas del estigma social. En este contexto, la persona usuaria queda definida a partir de la enfermedad mental. Esto provoca que se arraigue la enfermedad como el atributo desde el cual se define a la persona en todo momento. Paralelamente, se atribuye a las personas usuarias una falta de *consciencia de realidad* y del peligro que esto supone. Dado que el tratamiento es prolongado, las condiciones básicas del estigma continúan funcionando más allá del contexto hospitalario. De esta manera, las condiciones básicas del estigma van más allá de las paredes del psiquiátrico.

Hemos de tener en cuenta, no obstante, que estas prácticas en el contexto hospitalario son sostenidas tanto por las personas profesionales como por las usuarias. Por ello, consideramos necesario repensar tanto el papel de la persona profesional como de los y las usuarias para reducir los efectos estigmatizantes que acabamos de explicar.

La no-enfermedad

Otro elemento de los contextos sanitarios que participa en el entramado de relaciones que constituye el estigma social es la definición mayoritaria que se hace de la salud mental. **La salud se define como la ausencia de enfermedad.** Así, la salud se entiende como el estado de *no-enfermedad* de la persona. Salud y enfermedad quedan definidas como dos polos, como una dicotomía sin puntos intermedios: o se está sano o se está enfermo. Estos dos polos, salud y enfermedad, sirven para explicar o argumentar nuestras relaciones y nuestras acciones.

“¿La salud mental? Yo creo que viene muy apreciada por evitar el sufrimiento personal... Y después que habrán los menoscabos. Los menoscabos social, laboral y todo eso. En el momento que no hay menoscabo y no hay sufrimiento pues hay salud mental, pero que volvemos a definirlo en negativo porque lo estamos definiendo siempre desde la enfermedad.” (4:3)

Bajo esta dicotomía, las personas usuarias se verán siempre explicadas desde la enfermedad, la cual, como hemos visto, se constituye como uno de sus atributos fundamentales. La felicidad, el bienestar o la autorrealización de las personas usuarias quedan excluidas de la definición de salud. Estos fenómenos o estados son intrascendentes para la dicotomía salud/enfermedad. Si hay una atribución de enfermedad, el resto de elementos de salud quedan minimizados. De hecho, ya no es una persona que *se encuentra* enferma en un momento determinado si no que es un enfermo.

La medicación: entre la contención y el conocimiento

Los fármacos son la herramienta encargada de hacer la contención de la enfermedad mental. Así, una vez delimitada la enfermedad mental, se inicia la administración de fármacos específicos para eliminar o controlar la sintomatología. Idealmente, si la sintomatología queda contenida y controlada, entonces la persona afectada no se verá sometida a su influencia. Por lo tanto, la medicación se define como un recurso necesario en el marco del proceso terapéutico. Como se desprende del análisis de los relatos, **las personas usuarias y las personas profesionales consideran que la medicación es una pieza necesaria para la recuperación de la calidad de vida de las personas.**

“A veces no es tan importante la medicación, que es mucho, sino de qué manera el psiquiatra la administra, hace los cambios, qué relación tiene con el paciente, ¿no?” (1:90)

De todos modos, una de las controversias más fervientes del proceso terapéutico hace referencia a la medicación y a sus efectos. Pese a que en ningún caso se ponen en duda los beneficios que comporta la medicación, como veremos a continuación, sí que se manifiesta la existencia de un conflicto respecto a su administración y sus efectos.

La profecía autocumplida

La administración de la medicación generalmente no va acompañada de comportamientos y acciones informativas que den a entender cuál es el sentido de su prescripción. Así, habitualmente las personas psiquiatras no explican a las personas afectadas el porqué son necesarias unas dosis, una regularidad o un cambio de fármaco. En esta línea, no aportan explicaciones sobre el margen de acción que puede tener la mediación ni sobre los posibles inconvenientes que se pueden encontrar las personas en su uso; ni, es claro, sobre cómo tratar de solucionarlos. De hecho, la relación que tiene lugar en las consultas gira en torno de la sintomatología y la medicación. No se dan dinámicas que impliquen a la persona en el proceso de control de la sintomatología.

“Voy al psiquiatra y le pido, por favor, que recibo todo el medicamento, que por qué es eso. No me dice el porqué, no me da explicaciones de cada pastilla para qué es, y no sé. Y yo la última visita le dije: *Mire doctora, venir aquí es como ir al cine y ver siempre la misma película.* Y ahora me tengo que ir como siempre, como siempre.” (9:20)

La medicación adquiere un sentido de imposición cuando la persona usuaria no recibe explicaciones respecto a su administración, más allá de sus *instrucciones de uso* (posología). En estos casos es cuando se pueden dar más prácticas de abandono o de negación de la medicación. De hecho, la medicación pasa a ser la herramienta en la que se muestra la disputa o el conflicto entre la persona usuaria y la profesional. La medicación queda instrumentalizada en una lucha de poder que se desencadena en el momento que aparece la cuestión de la *imposición*. En estos casos, el psiquiatra es la figura que encarna la imposición que vive la persona y la medicación es el vínculo a través del cual se manifiesta la imposición.

“A mí hace poco me cambiaron la medicación y yo me siento mareado, con ansiedades. No me va bien. Yo lo sé, ¿no? Yo he hablado con el psiquiatra: No, es que el tratamiento al cabo de un mes. Un mes... pues vale, un mes. ¡Pero es que llevo ya tres meses! A mí la otra medicación me iba bien. A mí me controlaba, no tenía ansiedad, me controlaba todo. A la tarde me iba muy bien. Y desde que he empezado con estas nuevas, no. Y por más que lo diga uno, si resulta que después no. Pero a mí me ha salido muy mal. Y que me espere.” (9:40)

Por el contrario, parece ser una constante que las personas usuarias que tienen más información, que más y mejor detalles pueden dar respecto a la medicación, son, al mismo tiempo, las que valoran más positivamente la tarea de los y las psiquiatras. **La medicación adquiere un sentido de utilidad y necesidad cuando la persona usuaria está informada y comprometida en su administración.** La medicación ya no es el objeto de la disputa o el conflicto; sino que, por el contrario, la medicación deviene el elemento vinculante de la relación entre la persona usuaria y la profesional para tratar la enfermedad.

La experiencia de la persona usuaria puede actuar así como un elemento valorativo de primer orden a la hora de diseñar el tratamiento farmacológico adecuado para evitar la manifestación

de los síntomas. De hecho, **la palabra de la persona usuaria es, probablemente, el medio más seguro de conocer buena parte de los efectos de la medicación**¹². Considerar o no la experiencia de la persona usuaria actuará como un elemento relevante para determinar el sentido de la medicación.

Los daños colaterales

El otro conflicto que envuelve a la medicación tiene que ver con los efectos secundarios. En ocasiones, la medicación provoca un conjunto de efectos que van más allá de los apropiados para la contención de la sintomatología. El uso de estos fármacos comporta la emergencia de un conjunto de efectos secundarios que suponen una gran influencia y distorsión de la vida cotidiana de las personas que los toman. Las personas usuarias relatan que muchos de estos efectos secundarios no les permitan desarrollar su vida ni atender a sus responsabilidades. En este sentido, se recalca que **los efectos secundarios de la medicación pueden ser tan incapacitantes para desenvolverse en la sociedad como la misma sintomatología**.

“Supongo, yo para mí, que es la medicación, que nos deja tan aplanados, tan agotados, tan idiotizados, que no servimos para nada. O servimos la mitad o menos de la mitad de lo que éramos antes.” (8:129)

Las demandas de las personas usuarias respecto a la medicación y a su adecuación se fundamentan en sus propias vivencias y en los problemas añadidos al despliegue de sus relaciones sociales. Desde la posición de las personas usuarias, se reclama que se tengan en cuenta sus necesidades sociales, laborales, familiares o formativas en el proceso terapéutico. Por el contrario, la figura profesional en psiquiatría se guía por los objetivos terapéuticos y por las necesidades que se derivan de los mismos. Normalmente, la contención de la sintomatología se sobrepone a la toma en consideración de las necesidades vitales de las personas usuarias.

Desde una perspectiva médica, la atención a estas necesidades sociales puede alterar el control que se tiene sobre la sintomatología; hecho que se percibe como un peligro. Dicho de otra manera, la persona psiquiatra prefiere controlar los síntomas de la enfermedad mediante la medicación y su posología antes que controlar los efectos secundarios para que la persona afectada pueda atender a sus las necesidades sociales. Des de una perspectiva clínica, los efectos secundarios no comportan el mismo peligro que los síntomas de la enfermedad. Así, para la figura psiquiátrica es preferible mantener el control de los síntomas de la enfermedad aunque esto suponga que la persona usuaria no pueda atender a sus necesidades sociales. **Se cambia la sintomatología de la enfermedad mental por la sintomatología producida por los fármacos**. Evidentemente, esta diferencia es muy significativa en términos de control terapéutico. Los efectos producidos por la medicación son menos conflictivos para la práctica clínica puesto que estos se controlan mediante la naturaleza química del fármaco y su posología.

“La persona tiene que valorar si merece la pena el sufrimiento que está teniendo con la medicación o el sufrimiento que tiene sin medicación. Y entonces esto es lo que ha de tratar con el médico.

¹² Idea defendida por los estudios CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness), diseñados para evaluar la efectividad de los diversos antipsicóticos que hay en el mercado, y que integra la opinión tanto del usuario como del médico respecto a cómo funciona el fármaco, su seguridad y la tolerabilidad que los pacientes presentan al tratamiento. Publicado en: The American Journal Of Psychiatry, 1 d'Abril de 2006.
<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/search?sortspec=relevance&journalcode=ajp&fulltext=CATIE>

Esto se habla continuamente. Porque lo que tienes es miedo del abandono. Que el abandono es muy frecuente en nuestra área de trabajo con la medicación.” (4:97)

Sin embargo, esta diferencia no es nada significativa para la persona usuaria, la cual continúa sin poder desarrollar su vida con normalidad. Al tomar medicamentos, posiblemente la persona usuaria no se encuentre en una situación de peligro, dado que la sintomatología de la enfermedad está controlada. Pero, en estas circunstancias, el peligro ha sido remplazado por la pérdida de la voluntad y la libertad para tomar decisiones. De hecho, **bajo estas circunstancias, el único espacio de decisión que se le abre a la persona usuaria es el rechazo a las medidas impuestas; la única elección tácita que le queda es no tomar la medicación y atenerse a las consecuencias.** El hecho de no atender a las necesidades de la persona usuaria y de no brindar argumentos o explicaciones que lo justifiquen aumenta la sensación de imposición del tratamiento sobre la persona usuaria. Esta cuestión maximiza aún más el conflicto que se puede dar en las consultas psiquiátricas y en sus consignas terapéuticas.

“Unos efectos secundarios del Aloperidol espantosos. A la gente le afectaba de diferente manera. Lo que a mí me pasó, concretamente, fue que se me agarrotaba el cuello, ¿no? Y se me giraba la cabeza, casi como si fuese la nena del exorcista. O sea, me hacía una cosa... Y bueno, los enfermeros, el personal sanitario... digamos menos instruido de allá del hospital, no sabían muy bien cómo tratar esto de los efectos secundarios. Un enfermero se pensaba que yo hacía aquello como si fuese propio de mi enfermedad. Y no tenía conocimiento de que aquello eran efectos secundarios. Eran efectos extrapiramidales¹³ del Aloperidol.” (6:82)

Al conflicto en torno a los efectos secundarios de la medicación también lo relatan otras personas profesionales que trabajan sobre los aspectos psicosociales de la persona usuaria. El aprendizaje de habilidades sociales, de recursos cognitivos o de habilidades de higiene se puede ver ralentizado o disminuido por los efectos de la medicación. En este sentido, **en el marco del proceso terapéutico emerge un conflicto entre las líneas de intervención terapéutica basadas en la contención y las líneas de intervención terapéuticas basadas en la recuperación de la persona.** Este conflicto se explicita con más fuerza cuando atendemos a las necesidades de reinserción sociolaboral de algunas personas usuarias. La medicación puede suponer un freno para el desarrollo de un itinerario de inserción.

Así, parece necesario abrir espacios de debate y diálogo para repensar este conflicto, actualmente sofocado por la estructura de valores y jerarquías que domina el proceso terapéutico. Los criterios médicos, portadores del valor de la salud, se priorizan a los criterios psicosociales, portadores del valor de bienestar.

Las intervenciones terapéuticas basadas en la recuperación

A medida que el tratamiento psiquiátrico da sus frutos, la persona es trasladada a nuevas instituciones sanitarias. Es en este cambio de instituciones cuando se comienzan a introducir nuevas líneas de observación terapéutica. Estas intervenciones realizan una doble tarea. Por una parte, el trabajo terapéutico consiste en explicar a la persona cuál es su situación actual y en adherirla al criterio de actuación que se está desarrollando. En este sentido, los primeros

¹³ El sistema extrapiramidal está constituido por un conjunto de vías nerviosas que intervienen en el comportamiento motor involuntario.

elementos que se trabajan son la *consciencia de enfermedad* y la necesidad del tratamiento farmacológico para contener la sintomatología. **El proceso terapéutico necesita que la persona acepte su situación.** Esta cuestión es remarcada constantemente desde la institución sanitaria a través de las normativas, los protocolos y los roles profesionales.

“Es decir, la situación es nueva, es diferente, hay algunas diferencias y tiene que volver a adaptarse a todas estas cosas, ¿no?, lo mejor que pueda, reconstruyendo, reestructurando, recuperando o comenzando de nuevo con cosas que no ha hecho nunca, pero adaptándose a esta nueva situación que hay y que tienen que vivir, comenzando por aceptarla.” (3:41)

Por la otra parte, el trabajo terapéutico consiste en recuperar las habilidades y funciones que la persona ha visto disminuidas. En este sentido, se realizarán un conjunto de actividades para que la persona recupere su autoestima, sus hábitos o sus habilidades sociales. En este trabajo es imprescindible que la persona usuaria sea proactiva en su proceso de recuperación. **Tanto las personas usuarias como las personas profesionales consideran necesarias y útiles las intervenciones que se centran en la potenciación de las habilidades y los recursos de la persona.**

La palabra como herramienta

Les persones usuàries necessiten entendre què implica viure amb l'experiència de la malaltia mental, y **la psicoterapia se presenta como el espacio terapéutico adecuado para trabajar la situación que vive la persona una vez que se le ha diagnosticado una enfermedad.** La psicoterapia ofrece una instancia en la cual se trabaja sobre la palabra de la persona usuaria. En este contexto, la vivencia de la persona es el epicentro de la relación.

Así, este espacio permite que la persona usuaria construya una posición para situarse frente a la enfermedad mental y las consecuencias que ésta pueda tener en su vida. Así mismo, esta posición ya no está determinada por el contexto institucional y sus normativas. Un espacio psicoterapéutico debe permitir que la persona se apropie del sentido y la significación de lo que le sucede. Por lo tanto, este espacio incorpora una gestión del malestar y las angustias que no se basa en los fármacos. En este espacio, la gestión se basa en la adquisición de recursos cognitivos que la persona podrá utilizar en el despliegue de su vida cotidiana. Este espacio es incluso más relevante si atendemos al valor que se le ha dado a la palabra de la persona usuaria durante el inicio del proceso terapéutico.

“Por eso de poder ser escuchado. Que puede ser que necesites que te escuchen a veces. Porque hay muchas cosas que necesitas sacarlas. De poder explicar lo que vives.” (7:65)

En el contexto psicoterapéutico, la palabra de la persona no es interpretada como un síntoma de la enfermedad mental. En este espacio, la palabra es el medio desde el cual se realiza un trabajo sobre la enfermedad. En este sentido, la psicoterapia puede ser una herramienta fundamental para que la persona usuaria pueda construir una posición de cara al proceso terapéutico. Es decir, la psicoterapia deviene un espacio que permite que la persona piense sobre su recuperación y que poco a poco introduzca sus decisiones y demandas en el mismo proceso terapéutico.

Así mismo, las personas profesionales también hacen demandas respecto a los espacios en los cuales se trabaja a partir de la palabra. **Las personas profesionales demandan la creación de espacios de apoyo orientados a la supervisión profesional y a la terapia para los/las terapeutas.** Se considera necesario optar a espacios que permitan repensar la propia tarea profesional y que permitan tratar las vivencias que se desprenden de la función profesional.

“Si tú haces una función dentro de la salud mental, entonces eso supone que escuchas el sufrimiento de la persona que tienes delante. Y esto es difícil, es duro. Porque nos confrontamos con sufrimientos muy extremos, ¿no? Y es difícil de soportar, es difícil de aceptar la impotencia, la angustia que te desencadena también lo que te explica aquella persona, la falta de recursos, muchas veces, y el confrontarte también con situaciones que son irresolubles es duro también, ¿no? Siempre hay, ¿cómo decirlo? Un nivel de ansiedad inevitable.” (2:78)

Por un lado, los espacios de soporte interprofesional pueden contribuir a la mejora del proceso terapéutico, en tanto que ayudan a introducir una mirada profesional externa que puede ayudar a resolver los conflictos o las dudas que aparecen en la acción terapéutica. Estos espacios pueden incorporar una mirada profesional desde la distancia, posibilitando romper las inercias institucionales que limitan la acción terapéutica. El soporte externo es una manera de triangular la toma de decisiones profesionales: la persona profesional consulta al equipo de su recurso y, a la vez, consulta a una persona externa a dicho recurso.

Por otro lado, los espacios de soporte pueden estar orientados a ofrecer psicoterapias para las personas profesionales. Como hemos visto a lo largo del informe, el trabajo con personas afectadas por una enfermedad mental es una tarea nada fácil. El sufrimiento y las conductas de las personas afectadas pueden suponer un fuerte impacto emocional o psicológico para las personas que las atienden. En este sentido, la enfermedad mental puede confrontar a la persona profesional consigo sí misma, debido a las decisiones o a las actuaciones que se desarrollan en los contextos institucionales. En otros casos, la persona profesional necesita conciliar el encargo profesional que le hace la institución con las actuaciones o el rol profesional que se le demanda desde la persona afectada.

La distancia y la proximidad

Otro elemento que genera controversias en el proceso terapéutico es la distancia y la proximidad profesional en la relación terapéutica. **Las intervenciones terapéuticas basadas en la contención y en la producción de conocimiento parten de la distancia y la autoridad profesional.** Las acciones de contención están legitimadas por un saber experto que opera desde la distancia. Las personas profesionales encargadas de desempeñar tareas de contención actúan desde una posición de autoridad institucional. En estos casos, las figuras profesionales son las portadoras del saber experto y las encargadas de llevar a cabo las consignas que establece el proceso terapéutico. La relación de autoridad con la persona usuaria establece una distancia de jerarquías y roles. La bata blanca, los uniformes o los despachos son representaciones de esta distancia basada en la experticia o la autoridad.

Por el contrario, el análisis de los relatos muestra que **las intervenciones terapéuticas basadas en la recuperación de la persona parten de la aproximación profesional a las**

necesidades de la persona usuaria. Las acciones de recuperación necesitan de la proximidad de la persona usuaria para que el saber profesional pueda operar. Las tareas de recuperación se basan en el aprendizaje que debe realizar la persona usuaria y en la orientación que le ofrece la función profesional.

Así mismo, hay contextos o momentos en los cuales las intervenciones terapéuticas basadas en la contención o en la recuperación conviven entre sí. De igual manera, en algunos momentos del proceso terapéutico se pasa de un contexto basado en la contención a un contexto basado en la recuperación. Estos cambios de tendencia tienen sus efectos en las personas usuarias.

Las personas usuarias expresan una sensación y un sentimiento de mejora cuando inician su participación en las líneas de intervención basadas en la recuperación. El mismo hecho de salir de un contexto y de unas prácticas basadas en la contención ya supone un cambio para el bienestar de la persona. El proceso terapéutico se aproxima a las expectativas de las personas usuarias cuando se inician las prácticas de recuperación. Las relaciones sociales o la aparición de actividades cotidianas como la cocina, el arte o los deportes tienen un lugar en el proceso terapéutico. La persona usuaria vive una forma de liberación como efecto del cambio en las líneas de intervención terapéuticas.

Sin embargo, con estos cambios se da una situación compleja para la persona usuaria. Participar en intervenciones de recuperación implica que la persona usuaria tome decisiones; hecho que en las intervenciones de contención estaba totalmente excluido. **Recuperar el poder de decisión resulta una tarea problemática para las personas usuarias después de haber estado inmersas bajo los efectos de la sintomatología y de las intervenciones de contención.** La manera como la persona se entiende a sí misma se ve fuertemente interrogada durante todo el proceso terapéutico. Así, durante este proceso, la persona usuaria se ve confrontada a grandes interrogantes que afectarán a su identidad y a su capacidad de acción: *¿Qué ha pasado? ¿Qué tengo? ¿Cómo afectará todo esto a mi vida? ¿Por qué no puedo hacer eso? ¿Por qué puedo hacer lo otro?*

“Hablando de la relación entre los profesionales y los usuarios, a lo mejor en nuestro servicio del club social, para mí es un poco un handicap. Y pienso que en parte tampoco es nomás cosa nuestra; sino que en parte también es de ellos. A ver si lo explico bien para que no mal interpretéis. Vienen de servicios tan diferentes al nuestro con el tema de la relación que tienen con los profesionales que, cuando llegan aquí y ven este ambiente distendido, como que se sienten demasiado liberados, a veces. No todos, porque la mayoría lo agradecen, pero hay gente que de repente se sienten demasiado libres. Ven que no llevamos bata blanca, que somos cercanos. Hay gente que no lo saben llevar bien a esto.” (10:209)

Pasar de un contexto en el cual todo está normativizado y protocolarizado a un contexto en el cual la misma persona tiene que decidir cuál es o puede ser el siguiente paso puede suponer un abismo. De hecho, uno de los problemas que se detectan en las intervenciones de recuperación es la *falta de demanda* de las personas usuarias y las inercias de funcionamiento basadas en la autoridad. La persona se posiciona de manera pasiva frente a las personas profesionales, reproduciendo las relaciones de autoridad de los contextos anteriores.

En sentido contrario, uno de los efectos de esta aproximación profesional puede ser la confusión de roles. Es decir, como efecto de la proximidad y de los cambios en el sentido del proceso terapéutico la persona usuaria puede confundir el *rol profesional* con el *rol de amigo*. Este hecho puede suponer un conflicto en la relación terapéutica, ya que la persona usuaria inicia un proceso de creación de demandas de amistad, mientras que la persona profesional responde a actuaciones terapéuticas o profesionales. Por lo tanto, es necesario destinar un tiempo a la construcción y delimitación del vínculo afectivo que se da en cada contexto; cuestión íntimamente relacionada con el aprendizaje de nuevos roles, con los cuales desenvolverse adecuadamente en una circunstancia nueva. **Es necesario que las expectativas y las motivaciones de las personas usuarias y las personas profesionales estén explicitadas y trabajadas en cada contexto terapéutico.**

La acción terapéutica y la toma de decisiones

Las intervenciones basadas en la recuperación de la persona, a pesar de ser valoradas muy positivamente, también comportan conflictos en las relaciones terapéuticas. Así, aunque en esta línea de intervención se trabaja desde la proximidad, se pueden dar casos en los cuales el aprendizaje está fuertemente influenciado por una mirada preventiva y *paternalista*.

"Y lo que noto es que ya te remarcan "Cuidao estás enfermo". "Porqué cuidao, tú no puedes trabajar". "Porque cuidao, tienes que ir a poco a poco". Claro, y a más "Cuidao, no hagas esto". "Cuidao, no te bebas una coca-cola". "Y cuidao esto y tal que cual". ¿Y al final pa' qué? Al final no te sirve de nada. ¿Qué he conseguido? No he conseguido trabajo, no he conseguido estudiar, no he conseguido nada. No he conseguido nada de nada. Y lo que critico, es que te recalcan demasiado que estás enfermo, que estás enfermo, que estás enfermo. Que si tú eres un esquizofrénico, que si tienes estos síntomas, que si no se qué y... Vamos, eso tampoco es." (9:75)

Esta mirada se manifiesta claramente en todas aquellas actividades que suponen una toma de decisiones, bajo el argumento de que las consecuencias pueden comportar una frustración para la persona usuaria. En este sentido, la acción profesional intenta evitar el *ensayo y error* como vía de aprendizaje. Desde una posición paternalista, la posibilidad de error adquiere un sentido de riesgo, que puede interpretarse como peligro, en tanto que la persona puede ver frustradas sus expectativas.

Así mismo, todo aprendizaje basado en la toma de decisiones comporta un cierto grado de riesgo y, por lo tanto, la posibilidad de que las consecuencias determinen que la decisión tomada haya sido errónea. En este sentido, el aprendizaje paternalista se basa en el acierto y en la supuesta certeza de acertar. Por el contrario, **un aprendizaje basado en la autonomía abre un espacio al riesgo; el error es parte del mismo proceso de aprendizaje.** Por eso, habría que entender e incorporar a los errores como parte del proceso de autonomía. La autonomía supone que la persona crea su propio criterio para tomar decisiones, aunque por el camino se cometan errores. La creación de criterio y la posibilidad de desarrollarlo son

acciones que empoderan¹⁴ a la persona. Evidentemente, se requiere de un acompañamiento y un soporte para que este proceso de autonomía y empoderamiento se vaya incorporando.

Así, en las intervenciones de recuperación se puede dar otra paradoja del proceso terapéutico: **las intervenciones terapéuticas basadas en la recuperación de autonomía de la persona usuaria pueden tener el efecto contrario cuando su práctica implica la negación del riesgo y la posibilidad del error.**

En definitiva, la pérdida de autonomía de las personas usuarias no puede ser atribuida exclusivamente a los efectos de la enfermedad. **El grado de autonomía y su pérdida también se producen como efecto de las intervenciones terapéuticas del proceso terapéutico.** Tanto la contención como la recuperación pueden producir efectos contrarios a los objetivos del proceso terapéutico. Es más, en el proceso terapéutico esta pérdida de autonomía puede ser progresiva. Es decir, a medida que se aprende a desempeñarse dentro de este circuito sanitario i asistencial, es más difícil salirse y recuperar la capacidad de decisión.

¿Dónde está mi pareja?

El discurso comunitario está cada vez más presente en las instituciones y en el colectivo de profesionales, un hecho que se valora muy positivamente, tanto por parte de las personas usuarias como de las personas profesionales. El tratamiento y la recuperación en salud mental se han ido desplazando fuera de los centros psiquiátricos, entendiendo que para normalizar una situación conflictiva es necesario introducir grados de libertad y contacto con la comunidad de la cual se forma parte. De todos modos, se detecta un conflicto entre aquello que se dice en el discurso comunitario y aquello que sucede en las instituciones sanitarias.

La constante protocolarización y normativización que se genera en los diferentes contextos terapéuticos sigue reduciendo la libertad de decisión y circulación de las personas usuarias. Las estructuras institucionales y sus prácticas, pese a estar muy lejos de la rigidez del hospital psiquiátrico, siguen sustentando la intervención terapéutica en la disciplina y el control de las personas usuarias. Lo cual, como contracara, afecta también a las personas profesionales y a su capacidad de acción.

El discurso comunitario en salud mental se contrapone con las prácticas de control y disciplina que constituyen el proceso terapéutico. Podemos decir que las prácticas institucionales no han incorporado en sus protocolos y normativas las concepciones de autonomía o empoderamiento de las personas usuarias. *¿Cómo debería ser una unidad psiquiátrica o un centro de día desde el punto de vista de una persona que es o ha sido usuaria? ¿La construcción y la estructura interna de los servicios sanitarios, contempla la voz de las personas que los usan? Si hablamos de una salud mental comunitaria, ¿no debería*

¹⁴ *Empoderar* significa dar autoridad, delegar poder y desarrollar capacidades para la asunción de autonomía. Por *poder* se entiende aquí la capacidad de alcanzar objetivos, de obtener los recursos necesarios y de actuar autónomamente. La *persona que empodera* parte de la premisa de que la *persona empoderada* utilizará la autoridad i la autonomía que se le transfiere de forma racional, y que irá aprendiendo de los errores que vaya cometiendo. La *persona empoderada* se sentirá motivada respecto a su desarrollo personal i respecto a la acción, lo cual implicará una mejora de sus expectativas en el proceso terapéutico. La *persona empoderada* asumirá que sus acciones i decisiones recibirán un acompañamiento en forma de soporte. (Spora, 2008)

haber una participación de las personas usuarias y exusuarias en el diseño del tejido asistencial?

“Al centro de día a donde voy hicimos una pareja. Un chico y yo hicimos una pareja. Y al cabo del tiempo, no demasiado tiempo, habló conmigo la directora y dijo que no se estaba permitido hacer parejas en el centro de día, porque habían encontrado evidencias muy negativas, y que se tendría que ir uno de los dos. O él o yo. En este caso se fue él.” (9:95)

Un claro ejemplo de este conflicto es la delimitación de las relaciones que pueden establecer las personas usuarias entre ellas. Parece que en ciertos contextos institucionales no es posible que dos personas usuarias del mismo sean pareja. La normativización no recae sobre el hecho de poder o no tener pareja, sino sobre el hecho de que los miembros de una misma pareja compartan el mismo recurso. Este fenómeno es el que se denomina *efecto NIMBY*¹⁵. En este sentido, **hay instituciones que se explican a sí mismas a partir de un discurso comunitario (promoción de la socialización y normalización de la vida de las personas usuarias) pero que no practican este discurso en el interior de sus recursos, implicando un hecho de hipocresía institucional.**

El riesgo como peligro

Una característica de la mayoría de los contextos y momentos del proceso terapéutico es la relación que se establece entre el riesgo y el peligro. **En el proceso terapéutico no se acostumbra a hacer una distinción respecto a qué es una situación de riesgo y qué es una situación de peligro.** Detengámonos un momento para atender a la definición de estos dos conceptos. Por un lado, el riesgo se atribuye a las consecuencias inciertas que pueden provenir de acciones que dependen de nuestras decisiones. Por ello, las personas *asumimos riesgos*. Por otra parte, el peligro se atribuye a las consecuencias inciertas que pueden provenir de acciones que no dependen de nuestras decisiones. De esta manera, las personas *corremos peligros*¹⁶. En el proceso terapéutico, toda acción que comporta un riesgo será interpretada como peligro debido a las características que definen a la enfermedad mental, principalmente la *ausencia de consciencia de enfermedad y la falta de criterio de realidad*.

“Cuando él está compensado, ¿no? Realmente es coherente, puede tomar decisiones, más acertadas o menos, lo puedes acompañar muy bien. Pero en estos casos, ¿no? Que aquí igual si vienen descompensados, ¿qué riesgos hay para aquella propia persona? ¿Qué le está provocando aquella enfermedad? ¿No? Pues hace todo este tipo de comportamiento, y ¿Qué les supone esto? Porqué está teniendo un riesgo, esa persona.” (3:117)

Por lo tanto, la toma de decisiones de las personas usuarias se verá siempre interrogada o mediatizada por la mirada terapéutica. **En el proceso terapéutico se tiende más a negar una decisión de la persona usuaria por peligrosa que a negociar o hacer visibles los**

¹⁵ El efecto NIMBY: “*Not In My Back Yard*” (*en mi casa no*). Ver: E. Moreno y E. Pol (1999). En el caso que se ejemplifica en este punto se nos muestra una reacción negativa a asumir un riesgo en el propio contexto, sin implicar un juicio sobre el propio riesgo.

¹⁶ “Hablamos de riesgo si los posibles daños futuros son atribuibles a la propia decisión. Si uno no sube a un avión no puede estrellarse. En el caso de los peligros, por el contrario, el daño tiene una causa externa. Así ocurre si, para seguir con el ejemplo dado, a uno lo matan los restos de un avión que cae. (...) Así, hoy la distinción entre riesgo y peligro traspasa el orden social. Lo que para una persona es riesgo para otra es peligro. El fumador puede ser que asuma el riesgo de contraer cáncer, pero para terceros eso es un peligro.” (Luhmann, 1998: 81)

riesgos que comporta la decisión. La gestión de riesgos supone establecer una responsabilidad entre la persona que decide y las consecuencias de sus decisiones. Lo cual, es claro, también implica realizar un esfuerzo para conocer qué pueden suponer las consecuencias.

A través del peligro se *desresponsabiliza* a la persona de sus decisiones, ya que las consecuencias van más allá de su capacidad de decisión. En el caso que nos ocupa, la *ausencia de consciencia de enfermedad* supone que la persona usuaria no puede saber cuáles son las consecuencias de sus acciones y, por lo tanto, no puede saber cuáles son los riesgos que asume. Dadas estas circunstancias, **la decisión de la persona usuaria siempre viene acompañada de peligro.**

Así mismo, respecto este tema aparecen una serie de preguntas: *¿Cómo se implica una persona en su cura si no puede responsabilizarse de las decisiones que se toman? ¿Cómo se pueden determinar los riesgos de una decisión si la persona usuaria no ha recibido explicaciones respecto a las consecuencias que puede comportar una intervención terapéutica? ¿Cómo se pueden determinar los riesgos del proceso terapéutico si no se incorpora la palabra o la vivencia de las personas usuarias en la toma de decisiones?*

Frente a estas circunstancias, parece necesario establecer espacios de decisión compartidos entre las personas usuarias y profesionales orientados a generar una responsabilización compartida del proceso terapéutico. En este sentido, **es necesario repensar la actual gestión de riesgos en salud mental, ya que actualmente carga toda la responsabilidad de las decisiones sobre las figuras profesionales.** Esta cuestión juega en contra del logro de uno de los objetivos principales del proceso terapéutico: la autogestión de la vida de la persona usuaria. Esta es, por lo tanto, una nueva paradoja inherente al proceso terapéutico.

La función profesional y los contextos sanitarios

En la misma línea que el punto anterior, el tipo de intervención terapéutica que se da en cada contexto sanitario también afectará a la función profesional. Así, es muy común que las intervenciones basadas en la contención se lleven a cabo en contextos institucionales grandes, de tipo hospitalario y que funcionan como medio cerrado. En estos contextos, la función profesional restringida al control de la persona y al mantenimiento de los dispositivos y prácticas de contención. En este sentido, las relaciones interprofesionales en estos contextos estarán estrechamente protocolizadas y pautadas.

“Hay ciertas emociones que circulan dentro de ese espacio y determinan mucho cómo uno es como terapeuta, que se ve de repente actuando de una manera muy diferente a cómo lo haría en un espacio más abierto.” (1:75)

Por contra, las intervenciones basadas en la recuperación se llevan a cabo en instituciones más bien pequeñas, de tipo no-hospitalario y que funcionan como medio abierto. En estos contextos, la función profesional estará orientada a acompañar a la persona en su desarrollo, y por lo tanto, gozará de un margen de maniobra más amplio que en las intervenciones de contención.

Así mismo, como ya hemos comentado, los contextos sanitarios no tienen porqué estar diseñados exclusivamente para llevar a cabo una única tipología de intervención terapéutica. Es decir, podemos encontrar contextos sanitarios en los cuales se aplican intervenciones de contención y intervenciones de recuperación simultáneamente.

El grado de libertad de la función profesional queda delimitado y enmarcado por la jerarquía interprofesional y por el tipo de intervención que se lleva a cabo en cada contexto concreto.

El dilema ético: la base de la intervención en salud mental

El proceso terapéutico, como hemos visto, no está exento de conflictos y paradojas. **El dilema ético que envuelve a los conflictos y las paradojas en el proceso terapéutico responde a la tensión existente entre dos derechos ciudadanos: el derecho a la libertad y el derecho a la salud.** El proceso terapéutico y sus actuaciones se ven constantemente interpelados por la necesidad de conciliar estos dos derechos ciudadanos. Las intervenciones terapéuticas que promueven la salud y su prevención se ven interrogadas por los derechos y las libertades de la persona intervenida. Y, en el sentido contrario, las intervenciones terapéuticas que promueven la libertad de la persona se ven interrogadas por sus posibles efectos sobre la salud de la misma y la de su entorno.

Por estos motivos, las normativas y los protocolos institucionales tienen una función reguladora, estableciendo prioridades y responsabilidades para cada figura que interviene en el proceso terapéutico. Las instituciones sanitarias establecen unas directrices que tienen la función de sostener la tensión entre la libertad y la salud. Inevitablemente, es necesario que las instituciones hagan operativa una manera de funcionar entre la salud y la libertad. Es por ello que se crean unos códigos y unas normas que permiten que el proceso terapéutico se pueda desarrollar.

“Hay un problema, claro, cuando tenemos que actuar. Pero... ¿los podemos forzar si no han querido? No son todos por propia voluntad. Se puede oponer con una voluntad explícita y manifiesta. Y esto lo subrayo, y muy grave, MANIFESTA. Y, hay unos problemas... Los problemas técnicos, sí, pero y los problemas personales, ¿eh? ¿Hay que forzar? ¿Corresponde ingresarlo? ¿Corresponde mantenerlo ingresado? ¿No? ¿Lo tenemos que llevar a que se trate? ¿O no, y lo tenemos que dejar allá parado en la calle? ¿Y su vida? Que no se encuentra bien, ni socialmente. Es un problema.” (2:83)

Así mismo, como hemos visto durante todo el informe, **el establecimiento de unas directrices o un funcionamiento institucional para el proceso terapéutico no soluciona el dilema ético.** En todo caso, estas directrices, funcionamientos, normativas y protocolos nos explican cuál es la manera como afrontan este dilema ético. En otras palabras, dan cuenta de las posiciones desde las que gestionan el conflicto. En este sentido, afrontamos el conflicto en salud mental elaborando un criterio de valores y de actuación que en ningún caso cierra el mismo conflicto. Hay que tener en cuenta, que la salud mental es un ámbito en que siempre aparecen dilemas éticos que no tienen una respuesta única. **Es indispensable que el proceso terapéutico se piense siempre como un dilema ético abierto que no tiene respuestas universales.**

Más allá del individualismo: el asociacionismo

Debido a su naturaleza, las enfermedades mentales son entendidas y pensadas como fenómenos que afectan a las personas cómo a individuos. Las problemáticas que se derivan de una enfermedad mental se sitúan principalmente en la persona que la sufre y se entiende que el problema está *dentro* de la persona. Por este motivo, el proceso terapéutico centra la mayoría de sus intervenciones en el individuo.

De todos modos, muchas de las dificultades que emergen durante el proceso terapéutico tienen su origen en fenómenos y problemas sociales que van más allá de la persona afectada. El estigma social, presente desde el primer momento, es un fenómeno que influirá muy negativamente en la recuperación de la persona. El estigma repercutirá incluso en el logro de los objetivos del proceso terapéutico, en el bienestar de la persona.

En este sentido, en el ámbito de la salud mental se tiende a dar respuestas individualizadas a problemas sociales o a conflictos comunitarios. La recuperación de la persona está centrada exclusivamente en el trabajo sobre sus capacidades o habilidades. La recuperación se piensa en términos individuales, tratando de dar respuesta al estigma desde la capacitación de la persona. Las respuestas a las problemáticas sociales que envuelven al proceso terapéutico tienen un tratamiento individualizado. En los casos más dramáticos, los efectos del estigma sobre la persona pueden ser traducidos a problemas debidos a las afectaciones de la enfermedad mental.

“Creo que en la medida en que hay cierta capacidad en las personas de asociarse es un síntoma claro de salud. Precisamente lo que cuesta mucho es que se relacionen. Porque esto también yo creo es porque los profesionales los pensamos más como individuos. Ya, porque cuesta mucho que se asocien, ¿no? O que vayan a un club o que vayan a cosas de que compartan como cualquiera. Yo creo que esto demuestra que va bien. Aparte pertenecen a un grupo, van a poder hacer fuerza.”(2:162)

Las acciones de las asociaciones de personas usuarias de los servicios de salud mental nos recuerdan que las enfermedades mentales no son un problema que recae, solamente, sobre el individuo. **El asociacionismo de las personas usuarias confronta la mirada individualizada que domina todo el proceso terapéutico para introducir un nuevo elemento en el tratamiento de las enfermedades mentales: su componente social¹⁷.**

La construcción de una posición social

Lo primero que se remarca de las asociaciones de personas usuarias es su papel en la construcción de una posición social: al asociarse, **las personas usuarias devienen actores sociales, en tanto que marcan una línea de acción colectiva.** y expresan su sentir o sus

¹⁷ “En consonancia con la estrategia de la OMS, es necesario un planteamiento exhaustivo que abarque no sólo el tratamiento y la asistencia a los individuos, sino también las acciones dirigidas al conjunto de la población a fin de promover la salud mental, prevenir las enfermedades mentales y encarar los problemas relacionados con la estigmatización y los derechos humanos. Un planteamiento de este tipo debe contar con la participación de muchos agentes, en especial los involucrados en las políticas sanitarias y no sanitarias cuyas decisiones repercuten en la salud mental de la población. Las organizaciones de pacientes y la sociedad civil deberían desempeñar un papel destacado en la concepción de soluciones”. (Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde 2005)

opiniones conjuntamente con otras personas. El asociacionismo supone la entrada de una voz colectiva en el diálogo que se da en la sociedad. Es decir, supone una forma de participación ciudadana en la política.

“Una asociación de usuarios, para mí, lo que representa es tu voz, ¿no? La voz de los usuarios. Hay muchas personas que por su enfermedad o por determinados momentos de su vida, se pueden encontrar en una situación, pues, que no pueden tener voz o no pueden saber defender sus derechos. Está bien que haya una asociación que de la cara y que exprese los derechos de estas personas. Porque, sino, nos encontramos con los usuarios como personas que están en un momento muy débil. O que son débiles por sí mismos. Si no hubiese una asociación, pues, estaría como muy disperso todo, ¿no? Pero al haber una asociación, se encarga de dar voz, de recoger, quizás, reclamaciones, sugerencias, lo que sea. Está muy bien para poder, pues, hacer una especie de reivindicación.” (6:96)

El mismo hecho de participar de la vida política de la sociedad implica un cambio en la identidad de las personas asociadas. La persona adquiere un nuevo atributo social al ejercer su derecho de asociación. **La práctica de la acción colectiva comporta la creación de una nueva identidad social: la ciudadanía.** Este acontecimiento, en el ámbito de la salud mental, deviene una vía de empoderamiento tanto para el grupo como para la persona. Los objetivos, las prácticas y las acciones que desarrolla una asociación constituyen la posición desde la cual las personas se sitúan en la sociedad. Es decir, fruto de las decisiones de las personas integrantes se construye un criterio compartido, una manera de afrontar la realidad.

En segundo lugar, **las asociaciones de personas usuarias suponen una vía para defender los derechos y los deberes de estas personas frente a la sociedad.** Por lo tanto, también pueden constituir una posición política dentro del mismo proceso terapéutico. Esta circunstancia adquiere relevancia si se atiende al hecho de que el proceso terapéutico, por definición, supone un dilema ético entre *el derecho a la salud y el derecho a la libertad*. Las asociaciones de personas usuarias introducen una nueva voz en el marco de este dilema ético. Esta es una voz especialmente relevante, en tanto que la persona usuaria vive el dilema ético en primera persona. Ella es quien vive y experimenta las intervenciones terapéuticas.

En tercer lugar, las asociaciones de personas usuarias devienen representantes del colectivo, dado que dan un lugar a la voz de la persona usuaria. Es decir, **las asociaciones de personas usuarias son representativas en tanto que hablan desde el colectivo.** Esto no significa que esta voz sea hegemónica y que cubra a la totalidad de las opiniones de las personas usuarias. Evidentemente, dentro del movimiento asociativo pueden coexistir diferentes puntos de vista, como en cualquier otro ámbito.

En cuarto y último lugar, las asociaciones de usuarios pueden suponer una gran ventaja para la mejora de las intervenciones que se realizan en el proceso terapéutico. La voz de estas asociaciones puede significar un *feedback* respecto a cuáles son los efectos que tiene la intervención terapéutica sobre la persona. De esta manera, el proceso terapéutico puede incorporar una nueva referencia que ayude a orientar las decisiones que se tomen a la hora de afrontar las circunstancias que implica una enfermedad mental. **Las asociaciones de personas usuarias representan una voz colectiva construida desde el conocimiento**

de la experiencia, lo cual enriquece, ayuda y complementa la tarea profesional en el proceso terapéutico.

.

El presente informe surge a partir de una necesidad detectada, precisamente, por parte de una asociación concreta de personas usuarias de servicios de salud mental. A lo largo de los diferentes capítulos y apartados hemos ido explicando las diversas percepciones que las personas usuarias tienen del proceso terapéutico, de las figuras profesionales, de las diversas instituciones, etc. También hemos profundizado en las percepciones de las personas profesionales en torno a las mismas cuestiones.

Hemos recogido las voces de las diferentes partes implicadas en el proceso terapéutico para poner de manifiesto aquello en lo que coinciden, aquello en lo que divergen y aquello en lo cual depositan sus confianzas y esperanzas. Si las personas usuarias, a través de sus asociaciones, no hubiesen producido una demanda, este estudio no se hubiese realizado nunca; del mismo modo, este estudio no tendría ningún sentido si las personas profesionales no manifestasen un interés por escuchar las demandas de las personas usuarias.

El estudio aparece así como producto de una necesidad: dar voz a las personas usuarias en todos los momentos del proceso terapéutico. Esperamos que aporte luz a este proceso a fin de ayudar a mejorar tanto las tareas profesionales que se realizan en estos servicios, así como la calidad de vida de las personas que los utilizan.



SEU SOCIAL- Hotel d'entitats

Providència, 42
08024 BARCELONA

DESPATX

Diputació 225 baix
08011 Barcelona
Tel.: 93 217 09 37 / Mòbil: 616 53 61 97
ademm@ademm-usm.org
www.ademm-usm.org



Spora Sinergies.

Consultoria Psicosocial

Joaquín Costa 62, pral 2a

Tel.: 93 481 56 22

info@spora.ws

www.spora.ws

Con la colaboración de:



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut