

Respeto a la locura

Intervenciones no lesivas en salud mental

Alejandro Bello

Alejandro Bello es psicólogo. Trabaja como psicoterapeuta y práctico de Medicina Tradicional China en el Centro de Terapia Cognitiva de Madrid.

Ha trabajado y trabaja también en diferentes recursos de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica de la Comunidad de Madrid.

alejandrobello@gmail.com

Prólogo: “No te hagas ilusiones”

A. La salud mental en su contexto actual.

1. Crisis, capitalismo y salud mental.
2. Cómo no caer en la red (de cuidados).
3. La Medicina Tradicional China en Salud Mental.

B. Subjetividad y salud mental.

4. Por qué la subjetividad.
5. Constructivismo: alternativa a la prepotencia del profesional

Epílogo: “Esto es lo que sé”

Prólogo: “No te hagas ilusiones”

(Advertencia: en este texto, enviado por un usuario de diferentes recursos en la Comunidad de Madrid, los nombres propios, salvo el del autor de esta obra, han sido modificados para evitar suspicacias y también alegrías ante los piropos)

Querido Alejandro:

Te escribo esto, como quedamos, aunque no sé si me sabré explicar bien y si te servirá de ayuda.

En el año 1993 entré en el hospital de día del centro de salud Conde de Salmón, después de estar ingresado cuarenta días en el Hospital del Emperador.

En esta terapia te tratan más o menos como en el hospital, sabiendo que estás mal y te obligan casi a hacer lo que ellos quieren. Allí hablé con un psicólogo y varias enfermeras y como nota “curiosa” te contaré que una enfermera me dijo: “no te hagas ilusiones, lo que tú tienes es crónico”. A mí eso me jodió mucho aunque más o menos ya me había hecho la idea. También te puedo contar que en el mismo período mi psiquiatra de toda la vida (del que no tengo queja) me decía cuando era el descanso de algún taller que yo intentaba dormir, ya que estaba hasta arriba de haloperidol y otras cosas, que no me durmiera, que no tenía motivos...

En el año 1994 elegí ir a San Felipe (en el que estuve cuatro años). De allí la única queja que tengo, ya que el comportamiento de los monitores y de la Dra. me pareció normal, es que el monitor que llevaba el taller de encuadernación era un borde y yo no me llevaba muy bien con él.

Después de salir de San Felipe, en el año 98, por mi propia voluntad, estuve un año o dos sin hacer nada, hasta que entré en Santa Margarita o en ANFLAFLES (no recuerdo muy bien). En Santa Margarita estuve un año y medio y, aunque era entretenido, te trataban como si fueras jilipollas. En ANFLAFLES estuve al principio con Taco un año o dos y el trato era más o menos normal. Con Taco daba clases de informática.

Con el paso de los años me fui metiendo en talleres, en uno de Informática, que daba Manuela, el primer día, nada más llegar (unos minutos antes había estado

hablando con la trabajadora social) casi no me deja entrar en clase, aparte de la bronca que me echó por llegar tarde.

Tengo que decir que en ANFLAFLES los monitores, psicólogos (exceptuándote a ti) y demás trabajadores dejan mucho que desear, te tratan como un subnormal y hay veces que te sientes como si estuvieras en párvulos.

He sentido también ANFLAFLES con algún psicólogo un poco de falsedad.

Por último, el sitio en el que he estado tres o cuatro años antes de la fecha de hoy ha sido en el Centro de Rehabilitación Laboral Nova Berlín. Allí tampoco me he sentido muy a gusto, era un trato dictatorial y con no muy buen resultado en el trabajo que realizaban. También me he sentido tratado como un jilipollas allí.

Me acabo de acordar y lo que tengo que decir positivo de una psicóloga que venía a mi casa antes de ir a ANFLAFLES y que te comprendía bastante bien y empalizaba conmigo. Se llama Dulcinea y creo que está en el centro de Gómez de Mecha.

Bueno, Alejandro, espero que te haya servido de ayuda algo, perdona por la letra, pero es que no tengo muchas fuerzas para escribir bien.

Mis mejores deseos para ti y María, y ya sabes que contigo me he sentido muy bien siempre que hemos hablado.

Un abrazo muy fuerte.

J.

a. La Salud Mental
en su contexto actual.

1. Crisis, salud mental y capitalismo

“Un desempleo elevado, la *inseguridad* en el puesto de trabajo, los *contratos de corta duración* y la *presión* relacionada con el tiempo coinciden con un acusado deterioro del bienestar mental declarado por la población activa”

(Organización Internacional del Trabajo, 2000)

Salud Mental y Trabajo

La crisis de sobreacumulación de capital en la que estamos inmersos tiene hondas repercusiones sobre la salud. Para entender esto hace falta entender la salud asociada al sistema productivo en que los trabajadores venden su fuerza de trabajo. Hay que apostar a la grande. No es cuestión de que el estrés, cual infección vírica, se convierta en una plaga por culpa de la incertidumbre, las cosas no funcionan así o al menos no sólo así. Los problemas de salud mental no se pueden considerar enfermedades. No tienen una causa biológica que las *determine*. Ni siquiera la herencia, por mucho que los suplementos de salud de los periódicos informen del descubrimiento del gen asociado a tal o cual comportamiento o enfermedad (Read, Mosher y Bentall, 2004). Incluso en el caso de la esquizofrenia, sabemos que lo que mejor puede predecir una buena evolución son los logros formativos y laborales, las habilidades sociales, las condiciones económicas, la tolerancia familiar y la poca implicación de la familia en las decisiones sobre el tratamiento (Harrison, 2001). Lo mismo que sabemos que la pobreza, la etnia de pertenencia y el género son buenos predictores de la probabilidad de padecer un trastorno mental grave (Read, Mosher y Bentall, 2006). Y también sabemos que las tasas de recuperación de personas diagnosticadas de esquizofrenia varió en el siglo XX dependiendo de la fase de ciclo en que estuviera el capitalismo; en época de crisis la recuperación clínica y social disminuye notablemente (Warner, 1994). Es decir, en este momento la privatización conllevará que los más susceptibles de sufrir

los efectos de la crisis recibirán la menor atención. Para hacernos conscientes de las influencias socioeconómicas en la salud mental no hay como buscar en los papeles de instituciones no sospechosas de bolchevismo: en su informe titulado *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*, la OMS deja bien clara la relación entre actividad productiva, deprivación y salud.

La ofensiva del capital y la patologización de la vida cotidiana

La atención sanitaria en los sistemas occidentales de Seguridad Social nace como estrategia de la clase dominante para garantizar que la fuerza de trabajo no escaseara. Son Sistemas de Seguridad Social paliativos, que no hacen de la prevención socioeconómica (la seña de identidad de los modelos de salud revolucionarios) uno de sus pilares. Pero ya en 1987 y 1993 el Banco Mundial advertía de la “necesidad” de acometer reformas como las actuales en pos de la parasitación de lo público por parte de un capital sin ámbitos donde seguir generando plusvalor. Desde entonces, todos los gobiernos del Estado español (la democracia parlamentaria burguesa no entiende de siglas) han ido profundizando en las vías para la privatización; desde el Informe Abril hasta la Ley 15/97, con argumentos de “libro privatizador”, a excepción de la “financiación directa” por parte del paciente, la más impopular medida. Por lo demás (autonomía competitiva hospitalaria, “libre elección de médico”, acuerdos cooperativos hoy plasmados en las Entidades de Base Asociativa, contención y primas ante la reducción del gasto farmacéutico y de pruebas) está todo inventado (Huertas, 1998).

Y, como no puede ser de otra manera, existe un correlato ideológico que ayuda a sostener la situación. Ese correlato se sustenta en la negación de las causas sociales de la pérdida de salud así como en la culpabilización de la víctima (Berlinguer, 91). Serán los comportamientos individuales, dicen, los que nos salven de caer en las enfermedades. Que cada uno de nosotros se preocupe por una buena prevención conductista, que si falla ya paliarán el síntoma. Pero en salud mental la contradicción es aún más clara. La culpabilización de la víctima se hace a un tiempo

que la construcción social de mentes donde la tolerancia a la demora temporal, al refuerzo inmediato, al hedonismo y a la conquista compulsiva y veloz de objetivos de consumo. Como solución te ponen en bandeja el consumo de psicofármacos. Y, además, la asfixia presupuestaria de los últimos años en los recursos de salud mental y la privatización están empezando a conseguir que los mismos profesionales quieran salvar los muebles; hay quien dice que se debe reducir en lo posible el tiempo de atención a problemas psicológicos “leves”. Al final, nosotros mismos culpabilizaremos a las víctimas y ellos cuadrarán su círculo.

El negocio impune de los “antipsicóticos”

Cuando uno reflexiona en público (y a veces en privado) sobre estas cuestiones, le asalta el miedo de fomentar rebeliones mal entendidas en las personas diagnosticadas de algún trastorno grave, miedo a que renuncien a una herramienta básica para su mejoría. Y puede que no esté mal, que la interiorización del discurso dominante tenga una pequeña cosa positiva y ésa sea la prudencia. Porque de esa prudencia sale la fortaleza para la rotundidad.

Todos sabemos que el consumo de psicofármacos es brutal. Se han publicado recientemente varios libros que destinaban un considerable esfuerzo a criticar el mal uso que el sistema sanitario hace de los medicamentos, el negocio creciente que las farmacéuticas disfrutan a costa (si hace falta) de destrozarle la vida a quien sea. Pero, cuando buscas el dato concreto, el asombro y la rabia te desbordan: según la Revista Española de Salud Pública (Isusi, 2003) el consumo de antipsicóticos (si somos estrictos, deberíamos llamarlos “neurolépticos”, ya que nunca han dejado de ser simples tranquilizantes mayores) en España creció un 138 % de 1990 a 2001. Apabullante. Ni que decir tiene que la población diagnosticada no creció ni mucho menos a ese ritmo... Pues cuando crees que estás a punto de recuperarte, te llega este otro dato obtenido del Instituto Catalán de Farmacología (Muros, 2009): en los diez últimos años el consumo de antipsicóticos se ha duplicado y su coste se ha triplicado! La imagen recuerda a la de un pato al que le alimentan forzosamente con un tubo que le atraviesa el pescuezo. Pero además, a todos los contribuyentes la gracia nos está costando la cartera.

¿Qué mantiene esta situación injusta? Ni que decir tiene que hay una explicación económica. Pero vamos a centrarnos en los mecanismos perversos, más ocultos. En el ámbito de la rehabilitación psicosocial, la intervención de corte cognitivo-conductual, que incluye en sus “set” de intervención las famosísimas (últimamente por su demostrada falta de eficacia) habilidades sociales, los estresantes grupos de control de estrés y la mal llamada “psicoeducación” destinada tanto a los pacientes como a los familiares, ha resultado el “antídoto perfecto” (Read, Mosher y Bentall, 2006) contra los frecuentes casos en que los pacientes dejan de tomar la medicación. Read, Mosher y Bentall afirman que les parece tan poco profesional y tan poco ético como si utilizáramos nuestras técnicas terapéuticas y nuestra influencia profesional para convencerles de que tiren sus medicamentos a la basura. Y uno para, reflexiona y se pregunta: ¿cómo puede ser que reproduzcamos con tamaña naturalidad el discurso dominante y no nos demos ni cuenta? Año tras año, desde hace décadas, en servicios de atención domiciliaria, en grupos, en asociaciones,... Allá donde se nos ha contratado a los psicólogos, hemos intentado convencer a los usuarios de que la medicación es imprescindible, que sus problema de salud mental es como la diabetes (como si se hubiera demostrado un origen biogenético para la esquizofrenia, si ni siquiera se ha demostrado que ella misma exista!), que los efectos secundarios se pueden paliar... Hemos sido el aliado perfecto de la industria. A ello se ha añadido la difusión de otras grandes mentiras que, como para Goebbles, por repetirlas mil veces casi se han convertido en verdad: que gracias a los neurolépticos los pacientes pueden estar en la comunidad (cuando los neurolépticos influyen poco en el resultado a largo plazo); que en cada generación de neurolépticos se mejora la especificidad de los efectos positivos y produce menos efectos secundarios (cuando en realidad ninguno de los nuevos antipsicóticos tiene un mecanismo de acción esencialmente diferente a los ya conocidos y por tanto su eficacia en el tratamiento de la esquizofrenia no sería superior a la de los recetados hace más de cincuenta años , Pérez y González, 2007).

Más grave todavía puede resultar hacerse consciente de lo siguiente: existen nuevos efectos secundarios en los nuevos neurolépticos: El llamado síndrome metabólico, compuesto por hipertensión, altos niveles de glucosa y lípidos en

sangre, obesidad, resistencia a la insulina y riesgo de mortalidad mucho mayor (Lieberman, 2004). ¿En qué otro ámbito de la salud se permitiría que los pacientes tomaran fármacos que les provocasen esos efectos secundarios? En cualquier otro ámbito, sería un escándalo.

En este punto, al profesional responsable, en la encrucijada entre la contención del paciente y la posible negligencia, le asalta la duda de si hay alternativas. Quizás sea pronto para responder con rotundidad, pero antes analicemos estos datos: a veinticuatro meses, los porcentajes de recaídas no se diferencian entre sujetos con dosis altas y sujetos que tomen dosis bajas de neurolépticos (Barbui y cols, 1996). Otro dato: el 58 por ciento de sujetos con una retirada planificada de la medicación después del primer episodio y a los que se les facilita supervisión regular y sistemática de los primeros signos continúan sin recaer un año después según algunos estudios (Gaebel y cols, 2002) que encajan bien con aquello que hace décadas aprendimos de proyectos como Soteria y otras experiencias de tratamiento con dosis bajas o nulas de medicación.

Volvamos a la pregunta: ¿hay alternativa? Proponemos una (de entre muchas) respuesta: leer los siguientes capítulos.

Referencias bibliográficas

Barbui, C. et al. (1996) Low dose neuroleptic therapy and relapse in schizophrenia: metaanalysis of randomized controlled trials. *European Psychiatry*, 11 (6), 306-313.

Berlinguer, G. (1991) Salud y desigualdades. En VV.AA., *La ofensiva neoliberal*. Madrid, FIM, pp 15-37, p 19

Escudero, A. (2008). *El sí mismo en la continuidad de cuidados*. *Boletín de la Asociación Madrileña de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, Primavera, 1, 22-26.

Gaebel, W. et al. (2002) First vs. multiple episode schizophrenia: two year outcome of intermitent and maintenance medication strategies. *Schizophrenia Research*, 53, 145-159.

Gabriel, Ph. Y Liimatainen, M-R.(2000) *Mental health in the workplace: Introduction* Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.

Harrison, G. et al. (2001) Recovery from psycotic iones. *British Journal os Psyquiatry*. 178: 506-17

Huertas, R. (1998) *Neoliberalismo y políticas de salud*. El Viejo Topo: Barcelona.

Isusi, L . et al. **Evolución del consumo de fármacos antipsicóticos en la Comunidad Autónoma de Castilla y León (1990-2001)**. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 77, nº 6, pp. 725-733.

Muro, A. M. (2009) Las multinacionales farmacéuticas y la persecución de los disidentes. *Discoverysalud*. http://www.dsalud.com/numero59_1.htm

Pérez, J. (2007) *El modelo británico: La versatilidad para involucrar o sustituir a la familia*. Manuscrito.

Read, J. , Mosher, L. y Bentall, R. (2006) *Modelos de locura*. Barcelona: Herder.

Leal y Escudero (coord.) *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Madrid: AEN

Lieberman, J.A. (2004) Metabolic changes associated with antipsychotic use. *Journal of Clinical Psychiatry*, 6, 8-13.

Warner, D. (1994) *Recovery for squizofrenia psyquiatry and political economy*. New York: Rouledge. (2ª ed.)

Wilkinson, R. y Marmot, M. (eds) (2003). *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*. Ginebra: OMS.

2. Cómo no caer en la red (de cuidados)

Afrontamos este capítulo con una especie de sensación de culpabilidad mal digerida. En estos momentos, en la Comunidad de Madrid, los centros de salud mental han comenzado a ser privatizados por la vía de pasar a depender de hospitales de gestión indirecta. La continuidad de cuidados, como función de la red, quedará sin duda eliminada. La red de salud mental va a pasar a ser la red de consultas de psiquiatría (aunque algo caerá a los psicólogos) y dependerá de los hospitales (seguramente, se reconvertirán antes los que tengan como hospital de referencia uno gestionado de forma privada). Con este panorama, ¿encima vamos a criticar la red?

Pues no vamos a poder evitarlo. La Reforma Psiquiátrica, a pesar del sacrificio personal de muchos de sus ejecutores, no ha derivado en una nueva conceptualización de la salud mental.

Por un lado, como afirman diferentes autores desde la Psicología Positiva, la psiquiatría y la psicología han fracasado en mejorar los niveles medios de felicidad y bienestar de la población general a pesar del ingente gasto en psicofármacos y manuales de psicoterapia.

Por otro lado, la mala atención que se les otorga a las personas diagnosticadas de algún trastorno mental grave sigue produciendo una carga iatrogénica brutal.

¿Y qué esperáis?

Conversábamos con un psiquiatra amigo íntimo sobre las dificultades de entendimiento entre psicólogos psiquiatras. Respondía él: “¿Qué esperáis? son psiquiatras. Llevan toda la vida estudiando sinapsis, moléculas, fármacos... Todo lo encajan en eso...” Es pasmosa la facilidad con que los profesionales (ni que decir tiene que ampliamos aquí el grupo a todos los profesionales de la salud mental) reproducen discursos ideológicamente dominantes sin ser conscientes de ello, confundiendo su discurso con la verdad.

Como pasmosa es la facilidad para no darse cuenta de que la respuesta libre no consiste en elegir la solución a los problemas, sino participar en la propia constitución de los mismos (Deleuze dixit).

Hombre, a todos no nos parece igual de grave que una persona que es diagnosticada de esquizofrenia puede ser diagnosticada de depresión dependiendo de si acude a un profesional de EE.UU. o de Gran Bretaña. A nosotros personalmente, nos parece muy grave, ya que si es diagnosticado de esquizofrenia lo que le espera es hacer “carrera de esquizofrénico”. Esta carrera se lleva a cabo mediante un proceso de “enrolamiento esquizofrénico” que comienza con el esfuerzo por dominar la crisis, continúa con la separación “nosotros (sistema clínico)” de “ellos (sistema social)”, mediante el diagnóstico como evento transicional y acaba con la autoaceptación como enfermo mental y el duelo por la identidad perdida (González Pardo y Pérez, 200). Este proceso también ha sido llamado “dramatización clínica” (González Pardo y Pérez, 2007) o “proceso de inmersión” (Lally, 1989). Ésta parece ser una de las claves que explican aquello de que en países no industrializados la evolución de las personas diagnosticadas de esquizofrenia suele ser mejor (dato evidente pero denostado interesadamente).

Una anécdota: uno de los recursos de atención social a personas con trastornos mentales graves que he dirigido estaba ubicado en una plaza del centro de Madrid. Desde el despacho, en la primera planta, observaba llegar a los usuarios. Dicharacheros, con marcha firme. Llegaban al recurso, cruzaban su puerta, y se producía una transformación asombrosa: cabeza gacha, voz débil... Ese era el rol que le pedíamos que desempeñaran para poderse manejar con nosotros.

Sin embargo, esto no significa que la continuidad de cuidados en sí misma sea mala. Igual que la sanidad por ser pública tampoco tiene que darse por buena, si la ciencia, la planificación y los tratamientos los hacen los laboratorios. La continuidad de cuidados debería “facilitar (...) un proyecto de vida propio en cada paciente, cuya primera meta y condición pasa por la recuperación de la integridad del sentido de sí-mismo. Proyectos de vida que no están prediseñados, sino que se abren conforme a las elecciones de los sujetos”(Escudero, 2009). Además, esta perspectiva conlleva que nuestro trabajo “se aleja de intervenciones estandarizadas, y por ello institucionalizantes que, concebidas por otros, asumen ya

a los pacientes con patología mental severa, como excluidos de la sociedad y de sus convocatorias participativas”(Escudero, 2009). La continuidad de cuidados debería dejar de ser, entonces, un lugar donde los profesionales, bajo la excusa de la coordinación, a veces chismorrear de la vida del paciente, otras eligen su futuro auspiciados por el poder que se les otorga y otras, gracias a ese mismo poder fáctico, disciplinan al sujeto. Ese poder fáctico pivota sobre dos amenazas habituales: la pérdida de prestaciones económicas o el ingreso involuntario.

A nadie se le escapará que actuaciones de ese talante son abiertamente iatrogénicas. También lo son otras actuaciones, más sutiles: las basadas en las emociones de los profesionales. Está ampliamente demostrado que las emociones de los profesionales han de ser gestionadas de forma adecuada. En caso contrario, restan eficacia a la intervención o incluso generan efectos indeseables (Martínez-Llño et al., 2007). Entre los desarrollos futuros de la intervención psicosocial (Rodríguez y Bello, 2008) ésta debería ser una apuesta clave. La Fundación Manantial, que gestiona el 20% de los recursos de rehabilitación psicosocial de la Comunidad de Madrid, ya destina una buena parte de su presupuesto formativo a que la Universidad Rey Juan Carlos evalúe e intervenga en las emociones de los profesionales. Esto nos obliga a reconocer que la mayor parte de los equipos que se han dedicado (tanto en Sanidad como Servicios Sociales) a esto poseían una formación deficitaria.

¿A mejor tratamiento, peor pronóstico?

Cada vez aparecen más investigaciones donde se evalúa la situación de las personas que han recibido poco tratamiento o ninguno. Según Honig et al. (1998), las personas que oían voces pero que habían evitado acudir a los servicios psiquiátricos y (por lo tanto) un diagnóstico de esquizofrenia tenían una probabilidad mucho menor de tener creencias sobre la omnisciencia y omnipotencia de las voces. Este tipo de creencias, además de dañinas en sí mismas, son un mal predictor de la evolución del sujeto. Respecto a la medicación, hay datos que indican que las personas con medicación a dosis bajas, tras veinticuatro meses, presentan porcentajes de recaídas que no se diferenciaban de los sujetos sometidos

a dosis de medicación alta (Barbui y cols, 1996). En otro lugar, encontramos que el 58 por ciento de sujetos con una retirada planificada de la medicación después del primer episodio (y a los que se les facilita supervisión regular y sistemática de los primeros signos) continúan sin recaer (Gaebel y cols, 2002). No es que tengamos un afán especial en fastidiarles el negocio a los de la (ingente, véase el capítulo primero de esta obra) industria de los psicofármacos, es simplemente que promovemos ajustar las dosis a las necesidades reales de las personas.

El papel (o papelón) de las familias

No podemos hablar de redes sin hablar de familias: redes sociales y redes asistenciales.

Tomadas como familias, en su papel de redes, los estudios parecen mostrar una cierta tendencia a cambiar la perspectiva que los profesionales tenían de los familiares. Antes teníamos, casi exclusivamente, dos opciones. Considerar que tenían una cruz encima como un mundo de grande o considerarles culpables de la (mala) salud mental de sus hijos. En ambos casos, si los familiares caían en manos de algún recurso de rehabilitación, eran inmediatamente transferidos a sus grupos de familiares correspondientes. En esos grupos, bien competían unos con otros en detallar la cruz que llevaban, bien eran sometidos a un adiestramiento (cargado de ideología biologicista) que consistía en: dotarles de conocimientos sobre la teoría de vulnerabilidad- estrés, explicarles con todo lujo de detalle lo fundamental del mantener el consumo del psicofármaco (fidelizar al cliente, claro!) y , por último, entrenarles en comportarse como adiestradores de sus hijos.

“Todos aprenderíamos más y obtendríamos mejores resultados si escucháramos los pensamientos y los sentimientos de los familiares y les ofreciéramos apoyo, en vez de insistir en educarles para que piensen como psiquiatras biológicos” (Read, Seymour y Mosher, 2006)”. Creemos que no les falta razón, si tenemos en cuenta que los padres que mejor convivencia tienen con su familiar diagnosticado son los que han conseguido reconstruir los significados asociados a la vida que tenían pensada para su hijo o hija, han conseguido llorar en condiciones la pérdida para, a partir de ahí, reconstruir sus relaciones, disminuir la

percepción de peligros constantes (Bentsen, 1997) y disminuir la percepción de intencionalidad negativa en los comportamientos de su familiar (Barrowclough, 1996). Parece una necesidad imperiosa si tenemos en cuenta que las percepciones que tienen los usuarios sobre los padres son más acertadas que las que tienen los padres sobre ellos (Read, Seymour y Mosher, 2006).

Por otro lado, analicemos el papel que las asociaciones de familiares han llevado a cabo durante la última década en la Comunidad de Madrid. No nos vamos a extender sobre ello dado que en otro lugar puede encontrarse (Bello, 2006). Indicaremos que, sin ningún lugar a dudas, han conseguido convertirse en un grupo de presión potente. Tanto como para intentar promover el despido del autor de este texto por haber criticado el papel del movimiento asociativo en un Congreso Nacional de Rehabilitación y Salud Mental, así que damos fe de su (pre) potencia! Resumiendo, criticamos y proponemos subjetiva y abiertamente lo siguiente:

- Son movimientos coyunturales, olvidan voluntariamente toda perspectiva holística que tenga en cuenta los diferentes factores asociados a la salud mental.
- Se reproduce así el modelo de salud-enfermedad dominante, marginando las explicaciones socioeconómicas y a veces hasta las psicosociales.
- Se excluye de casi todo discurso la prevención. Se excluye de todo discurso la prevención socioeconómica.
- Defensa a ultranza de la terapia cognitivo-conductual, que es una forma de terapia breve más adaptada a criterios económicos de eficiencia defendidos por los seguros estadounidenses que a criterios de calidad. Sin embargo, es frecuente encontrar defensas por parte de los propios asociados de ese modelo “porque es lo que dicen los estudios”.
- Se utilizan términos y criterios afines a la ideología dominante como “calidad de vida” sin saber o querer distinguirlo de “modo de vida”. Se defiende la rehabilitación en lo “sanitario” y la psicoterapia para los psicólogos en exclusividad, fragmentando las diferentes partes de un conjunto, en una visión progresista pero a un tiempo parcial y medicalizada.

- Se fomenta el voluntariado como actividad formativa, siendo en realidad regalar (ya no vender) la fuerza de trabajo.
- Se reproducen determinados modelos empresariales en la organización y gestión de las propias asociaciones, convirtiendo la salud del usuario en un producto a conseguir a bajo coste.
- Se fomenta una generación de roles sociales altamente peligroso ya que se valida una y otra vez la dependencia y el sufrimiento del familiar, con las consecuencias negativas que ello conlleva.
- Se olvida todo compromiso de negación de la realidad existente y el socio acude a comprar servicios con su cuota.
- Sus trabajadores se encuentran casi siempre en situación precaria, a veces por culpa de los métodos que se utilizan en las subvenciones y otras por interés de la propia asociación, frecuentemente con discontinuidad laboral y represión sindical.
- Las juntas directivas presentan habitualmente cierta alma de patronos (el “efecto tricornio” del chiste del marciano, donde dos marcianos aterrizan en la Tierra y encuentran a sus pies un tricornio; uno de ellos se lo calza, el otro le pregunta para qué sirve y el marciano del tricornio responde: “no sé para qué sirve pero me están dando unas ganas de meterte una ostia...”). Pareces un familiar con la cabeza bien puesta, entras en la junta directiva y... como si te hubieras puesto un tricornio.

Ni que decir tiene que esta descripción no corresponde a la totalidad de los familiares. Nos hemos encontrado auténticos héroes y heroínas en el movimiento asociativo. Y creemos que les pueden llegar buenos tiempos si se dedican a:

- Facilitar espacios de apoyo mutuo.
- Reivindicar recursos públicos de gestión pública, junto a los trabajadores de la sanidad y, por supuesto, los propios usuarios.
- Reivindicar su papel (junto al familiar diagnosticado) en la toma de decisiones de todo lo que afecte a su salud.
- Reivindicar investigación independiente, no tergiversada por los laboratorios.

Mucha suerte en el camino.

Referencias bibliográficas

- Barbui , C., Saraceno, B., Liberati, A. Y Garattini, S. (1996). Low-dose neuroleptic therapy and relapse in schizophrenia: meta-analysis of randomized controlled trials. *European Psychiatry*. 11(6), 306-313
- Barrowclough, C., Tarrier, N. y Johnston, M. (1996) Distress, expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 691-702.
- Bello, A. (2006) Una perspectiva de las asociaciones (de familiares en salud mental) . En Leal, J. y Escudero, A. *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría: Madrid.
- Bentsen, H. et al. (1997) Relative's locus of control and EE in schizophrenia and related psychoses. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 555-67
- González Pardo, H. y Pérez, M. (2007) *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Honig, A. et al. (1998) Auditory hallucinations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 646-51
- Lally, S. J. (1989) Does being in her mean there's is something wrong with me?, 15, (2), 253-265
- Escudero, A. (2009) El sí-mismo en la continuidad de cuidados. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, Primavera, 1, 22-26.
- Gaebel, W., Janner, M., Forman, N., Pietzcker, A. , Kopcke, W., Linde, M. et al.(2002) First vs. multiple episode schizophrenia: two-year outcome of intermittent and maintenance medication strategies. *Schizophrenia Research*, 53, 145-159.
- Martínez-Lñigo, D., Totterdell, P ,Alcover, C. M. y Holman, D. (2007). Emotional labour and emotional exhaustion: Interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work & Stress*, 21(1): 30-47
- Read, J., Seymour, F. y Mosher, L. R. (2006) Familias infelices. En Read, Mosher y Bentall, *Modelos de locura*. Barcelona: Herder.
- Rodríguez, M. y Bello, A. (2008) Desarrollos futuros en rehabilitación psicosocial. *A.M.R.P.* , 22, 3-5.

3. La Medicina Tradicional China en Salud Mental.

¿Por qué Medicina Tradicional China?

Principalmente, para fastidiar. La Medicina Tradicional China (en adelante, M.T.C.), con su tecnología de bajo coste, sus principios filosóficos de tendencia naturalista, su orientación preventiva y su más que demostrada eficacia en muchas patologías suponen un notable peligro (ideológico) para el modelo sanitario imperante (cinco mil años de eficacia son pocos, hace falta algún nuevo ensayo clínico aleatorizado, parece ser). En salud mental, supone un riesgo maravilloso para los beneficios incalculables que se obtienen de esas tasas de prescripción y consumo de neurolépticos casi cuádruplicadas en los últimos veinte años.

Algún escéptico habrá caído en la tentación de decantarse por el científicismo y renegado ya de este capítulo. Pues sería una pena, justo ahora vamos a introducir los datos que a cualquier buen científicista le obligarán a replantearse varias ideas.

Estudios empíricos

La acupuntura (luego veremos con más en detalle que Medicina Tradicional China y acupuntura no son en absoluto sinónimos) se ha demostrado eficaz en el tratamiento de la depresión y la ansiedad generalizada (Warren, 2004). Con esto casi deberíamos tener bastante. El sufrimiento de las personas diagnosticadas de trastornos graves tiene más que ver con estos estados de sufrimiento que con la propia sintomatología psicótica. Pero además sabemos que los hallazgos muestran que la acupuntura puede ser tan efectiva como la clorpromazina (nombre comercial “Largactil”, sustancia que usa como baremo para calcular la eficacia del resto de neurolépticos) en el tratamiento de los síntomas esquizofrénicos (Beecroft y Rampes, 1997), que la acupuntura se puede asumir como un tratamiento eficaz para la psicosis (Harbinson y Ronan, 2006), que la electroacupuntura junto a las dosis bajas de neurolépticos es tan

eficaz como el tratamiento con otras dosis de antipsicóticos y además no produce tantos efectos secundarios (Gang, Shu-Bai y Liang-Dong, 1997), que la combinación de fitoterapia y drogas neurolépticas es beneficiosa (Rathbone, 2007) y, en una revisión sistemática Cochrane (Rathbone, 2005), sumum de la “validez científica”, que se puede confirmar la utilidad de la acupuntura en el tratamiento de la esquizofrenia.

Otros estudios muestran que la acupuntura es eficaz en problemas de ansiedad (Díaz, Martín y González, 2002), en el trastorno por estrés postraumático (Holliefield et al, 2007) y en la depresión (Smith, 2004).

Habrá que ir acostumbrándose a considerar la M.T.C. como “tratamiento empíricamente validado”.

¿Qué es la Medicina Tradicional China?

La Medicina Tradicional China es un sistema de preservar y recobrar la salud que se sistematiza en los siglos II y I a.C. y desde entonces no ha parado de evolucionar. Parte del supuesto básico de considerar al cuerpo como algo que va más allá de la suma de sus componentes y que además no puede dejar de estar en constante relación con su entorno. Esta armonía es energética. Justo aquí debemos hacer un alto en el camino: “energético” es una de esas palabras (razonablemente) sospechosas. Suele ser utilizada por cuentistas más que por profesionales de la salud. Sin embargo, sólo con asumir que la materia es energía y la energía es materia podemos entrar en sintonía con los principios de la M.T.C. Esta energía circula en el cuerpo humano por determinados canales o meridianos, que a su vez poseen puntos específicos que al ser estimulados pueden modificar el flujo energético del sujeto. Con un instrumento tan occidental como el detector de cambios en la resistencia eléctrica de la piel podemos comprobar la distribución energética de esos puntos.

A diferencia de la Medicina Occidental, la M.T.C. es básicamente preventiva. Todas sus estrategias de intervención pueden ser utilizadas para prevenir patologías (incluso antes de cualquier indicio de desequilibrio) tanto como para curar enfermedades. En nuestra cultura resultaría disruptivo tomar

frecuentemente, por ejemplo, ibuprofeno para prevenir patologías (ya que sus efectos secundarios serían destructivos y acabaríamos enfermándonos). Las estrategias a las que aludimos son:

- Acupuntura y moxibustión (estimulación de puntos por donde circula la energía mediante agujas o calor, respectivamente).
- Farmacopea y Dietética (utilización, fundamentalmente, de plantas y alimentos).
- Tuina (masaje)
- Qi Gong (gimnasia energética de movimientos más o menos suaves que activan la circulación de energía por los meridianos)

Estas estrategias de intervención poseen dos características muy atractivas para personas comprometidas con su entorno y consigo mismos:

- Uno, el papel activo y autodeterminante del sujeto a la hora de preservar su salud o garantizar su curación. A través, fundamentalmente, de los consejos que le proporciona el práctico de M.T.C. sobre la dieta, las recomendaciones sobre ciertos ejercicios de Qi Gong (gimnasia) o Tuina (masaje) e incluso a veces consejos sobre qué plantas son las más convenientes para su situación o cómo aplicarse calor mediante moxibustión, el sujeto recupera el papel protagonista a la hora de ocuparse de su salud.
- Dos, se persigue (con calma) un estado de adaptabilidad, bienestar y armonía destinado a preservar la energía que es ciertamente incompatible con el modo de vida (entiéndase producción y consumo) capitalista.

Para conocer más sobre la M.T.C., en las referencias bibliográficas se hace alusión a determinadas obras, de cierta calidad, que se pueden encontrar en castellano (Katchpuk, 2008). Recomendamos al lector una cierta precaución a la hora de seleccionar las fuentes de conocimiento sobre M.T.C. Internet no es, ni muchos menos, el mejor de los sitios, ya que ofrece explicaciones reduccionistas y tergiversadas con excesiva frecuencia. En la medida de lo posible, es conveniente recurrir a autores chinos o a obras supervisadas por autores chinos

(por ejemplo, a través de la Escuela Superior de Medicina Tradicional China, www.mtc.es)

Aclaraciones y advertencias para poder continuar

Determinadas escuelas de pensamiento utilizaron los estados de la energía (Qi) del clima (Cielo) y su relación con los puntos cardinales (cuatro más el centro) para establecer el paralelismo con el funcionamiento del cuerpo humano. En especial, de los Órganos. Sin embargo, por “Órgano” se entiende en M.T.C. más la esfera funcional que el asiento orgánico exacto. Los cinco órganos de la M.T.C. son Hígado, Corazón, Bazo, Pulmón y Riñón. Estos órganos se relacionan en sus funciones según diferentes relaciones, que en su conjunto y si el funcionamiento del sujeto es equilibrado, proporcionan equilibrio armónico.

Probablemente necesites releer este párrafo cuatro cinco veces. La idea básica con la que te puedes quedar es que el paralelismo con la Naturaleza es el origen para el paradigma médico y que en la cultura china la función y lo pragmático son más relevantes que lo estructural y “verdadero”, ya que la verdad, en la filosofía taoísta subyacente a la M.T.C., es cambiante. Seguramente conozcas lo que en nuestra cultura popular se suele llamar “el Yin y el Yang”. Es la representación moderna de la oposición de contrarios, fundamento del taoísmo. Representa las caras iluminada y no iluminada de una montaña. Cada contrario contiene (también gráficamente) el germen de su elemento opuesto. En la Naturaleza queda mucho más claro. El punto álgido de calor (máximo Yang) contiene el origen del frío (pequeño Yin) que a su vez crecerá hasta alcanzar el máximo frío... Lo oscuro o frío, por ejemplo, es más Yin que lo claro y caliente, pero siempre en relación a algo. Lo tibio es más Yin que lo caliente, pero más Yang que lo frío. Pues bien, estas relaciones de opuestos que existen en la Naturaleza se aplican a todo lo existente de forma relativa. Qué lío para nuestras mentes acostumbradas a las relaciones causales y las categorías claras, ¿verdad?

La evaluación en la M.T.C.

Observar, escuchar y oler, interrogar y palpar. Esos son los métodos de evaluación. Si uno acude a un práctico de M.T.C. le realizará una entrevista mientras le observa detalla y disimuladamente el color de la piel, la vitalidad, la esclerótica, la postura... Escuchará la fuerza con que pronuncia las palabras, y notará cualquier olor intenso que despida. Le pedirá que coloque las muñecas en una almohada minúscula, boca arriba, para, a continuación, poner tres dedos en la arteria radial de una de ellas y después en la otra. Notará la temperatura de la piel en diferentes partes del cuerpo. Para finalizar, le pedirá que enseñe su lengua. El práctico verá qué forma, color y capa tiene.

Mente y salud mental conceptualizadas desde la Medicina Tradicional China

Como no puede ser de otra manera, las diferencias culturales son cruciales a la hora de ponernos a encajar los términos y procesos de lo psíquico en la cultura china. No es razón suficiente, sin embargo, para desechar sus aportaciones o para considerarles enemigos de lo individual o de la psicoterapia.

El primer concepto a tener en cuenta es el de Shen. Shen puede traducirse por “mente” con alguna precaución porque incluye: pensamiento, conciencia, percepción, comprensión, autoconciencia y memoria. Es decir, los procesos cognitivos y metacognitivos y los recursos cognitivos (atención memoria, concentración). Por otro lado, incluye todos los aspectos emocionales. Y, por último, incluye una cierta “vitalidad psíquica”. Este Shen contiene cinco aspectos funcionales:

Hun, alma etérea. Equivaldría al “alma” de la cultura occidental y se asienta en el Hígado. Sus funciones dependen mucho del estado de la sangre así como de la fluidez de Qi (energía vital). En estado normal, se manifiesta como comunicación, relación, entusiasmo, imaginación, valor. Mostrado en estado patológico puede identificarse como cólera (afección al Yang de Hígado), depresión o miedo (por insuficiencia de sangre de Hígado) o bloqueos emocionales (por estancamiento del Qi de Hígado).

Po, alma corporal. Tiene su asiento en Pulmón. Es la contrapartida Yin a Hun, la parte más unida a lo corporal, sensaciones y sentimientos. Es responsable de la vida y funciones vegetativas y su expresión “patológica” es la tristeza.

Yi, intelecto, aspecto reflexivo. Asociado al Bazo. Cuando se encuentra en estado de insuficiencia, aparecen olvidos, dificultad de concentración o incapacidad para dejar de dar vueltas a las cosas.

Zhi, voluntad, reside en el Riñón y se asocia a la capacidad de acción y realización, voluntad. Cuando se encuentra en estado de insuficiencia aparece la apatía, el desinterés.

En base a estos aspectos del Shen, podemos analizar el mundo emocional del sujeto. Actualmente, existe cierto consenso para asumir la equivalencia de los estados emocionales con la afectación de determinados órganos y con su correlato “fisiológico”. Aquí hay algo importante que aclarar. En M.T.C. no existe lo psicósomático, porque no existe la división entre somático y psíquico. Si ambas cosas son facetas de lo mismo, no puede haber una relación causal entre ellas, ocurren a un tiempo. Un ejemplo: si un acontecimiento externo produce ira, aparece al mismo tiempo el bloqueo de Qi hepático, que a su vez afecta a Corazón (todas las emociones terminan afectando a Corazón). Esta creencia errónea, esta división entre psíquico y somático está muy difundida incluso entre profesionales de la M.T.C.

La locura en la M.T.C.

Por trastornos mentales, en sentido genérico, se entiende en MTC a las situaciones en las que la persona, debido a diferentes motivos, sufre un desequilibrio en las funciones de los órganos y vísceras al tiempo que hay un debilitamiento del Qi (energía vital), Xüe (sangre), líquidos orgánicos y el Jing (esencia principal). En otros casos, la dificultad se encuentra en obstrucciones en la libre circulación de Qi, Xüe y líquidos.

Aconsejamos al lector sentarse o apoyarse bien ante de leer lo siguiente: los trastornos mentales no existen (como tales). No dejan de ser constructos viables socialmente para una determinada población (o casta), en este caso, los

profesionales. No existen realmente. A las personas les ocurren cosas, las personas afrontan los hechos que les ocurren, las personas sufren y disfrutan. Y los diagnósticos intentan agrupar hechos que ocurren con frecuencia juntos. Si ocurre que una persona llora frecuentemente, se culpabiliza, se aísla y ve el futuro negro, se le suele diagnosticar de trastorno depresivo. Pero existen más síntomas que suelen ser habituales. Y alguno de estos síntomas es menos frecuente que los otros.

Con esto queremos transmitir la idea de que tan válidos como estos diagnósticos pueden serlo otros, siempre que demuestren su validez estadística. Por lo tanto, no existe una necesidad real de traducir diagnósticos chinos a diagnósticos occidentales y viceversa. Es más, opinamos que conviene no hacerlo. En MTC existen, por ejemplo, los trastornos internos del fuego y de la flema, cuyos síntomas son: fiebre alta, irritabilidad, disforia, delirio y a veces insomnio. Seguro que muchos cuadros maníacos o delirantes pueden incluir estos síntomas, pero reducirlos a ello es un error.

En realidad, aunque mediante la diferenciación de síndromes se afine en la causa atribuida a un malestar, las categorías utilizadas frecuentemente en la M.T.C. para referirse a la psicopatología son pocas: melancolía, síndrome Dian (“locura depresiva”), síndrome Kuang (“locura agitada”) y síndrome mixto Dian-Kuang. Nos parece que esta clasificación somera presenta grandes ventajas, al igual que hasta el último cuarto de siglo XX ocurría en Occidente. Cuantas menos categorías, menos probabilidad de patologizar las reacciones emocionales que forman parte de las vivencias de cualquiera de nosotros.

Referencias bibliográficas

Beecroft, N. y Rampes, H. (1997) Review of Acupuncture for Schizophrenia . *Acupuncture in Medicine*, vol. 15, nº2, pp. 91-94

Chenggu, Ye (2004) Tratamiento de las enfermedades mentales por acupuntura y moxibustión. Beijing: Ediciones en Lenguas Extranjeras.

Díaz, M.O., Martín, O. y Goonzaález, T. (2002) Eficacia de la acupuntura en el tratamiento de la ansiedad según diagnóstico tradicional. *Revista Electrónica "Archivo médico de Camagüey"*. Vol 6, nº 1, ISSN 1025-0255

Gang, Z., Shu-Bail, J., Liang-Donz, Z. (1997) Comparative clinical study on the treatment of schizophrenia with electroacupuncture and reduced doses of antipsychotic drugs . *American journal of acupuncture*. vol. 25, nº1, pp. 25-31

Harbinson D & Ronan P Acupuncture in the treatment of psychosis: the case for further research, *The European Journal of Oriental Medicine*, 2006, Vol 5, No 2, pp 24-33

Hollifield H, Sinclair-Lian N, Warner TD, Hammerschlag R. (2007), Acupuncture for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled pilot trial . *Journal of Mental and Nervous Disease*. Vol. 195, n 6 , pp. 504-513

Katchpuk, T.J. (2008) *Una trama sin tejedor*. 4 ed. La liebre de marzo. Barcelona.

Overall, JE, Gorham DR (1988) The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bulletin*, 24:97-99

Rathbone J, Xia J. Acupuncture for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD005475. DOI: 10.1002/14651858.CD005475.

Rathbone J, Zhang L, Zhang M, Xia J, Liu X, Yang Y. Chinese herbal medicine for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD003444. DOI: 10.1002/14651858.CD003444.pub2.

Smith CA, Hay PPJ. Acupuncture for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD004046. DOI: 10.1002/14651858.CD004046.pub2.

Warren, I. (2004) L'acupuncture a une efficacité spécifique dans le traitement de la depression et de la anxiété. *Acupuntura et moxibustion*. Vol 3, n 4, pp 288-290.

b. Subjetividad y Salud Mental

4. Por qué la subjetividad.

“La palabra “subjetivo” es una de esas palabras, como “metafísica”, que nadie puede utilizar sin ser acusado inmediatamente de oscurantista y reaccionario en nombre de Marx”

Ernesto Sabato

Subjetivistas de mierda

Miedo nos da ser tachados de oscurantistas y reaccionarios. Pero más miedo nos da aún caer en el dualismo situación –subjetividad, que, como afirmaba el filósofo Antonio Gramsci, deviene de una concepción abstracta y cosificada del hombre, propia de un marxismo burdo y demagógico, de esas corrientes que justifican el miedo que tenía el propio Carlos Marx al nacimiento del marxismo como corriente de pensamiento. Esos materialistas que sobreestiman al sujeto hasta el punto de considerarlo como la “realidad” son tan metafísicos (en sentido marxista) como los notros, los que creen que la realidad es únicamente la del sujeto.

Un par de anécdotas: Recordamos una conversación con nuestro entrañable Antonio Crego, profesor de Psicología Social, donde comentábamos que determinados educadores sociales tildaban a los psicólogos de un centro de rehabilitación laboral de ser reaccionarios por centrarse en la vivencia que los sujetos hacían de su sintomatología. Antonio, sorprendido, respondió: “¿qué hay más social que la misma patología?...”

Segunda anécdota, en un contexto de movimiento asociativo de profesionales de salud mental de izquierdas, el presidente (hombre comprometido y esforzado donde los haya) afirmó: “la subjetividad es para gente del Barrio de Salamanca...” Para los que no lo conozcan, un barrio adinerado de Madrid. Aquí tenemos dos ejemplos de cómo se puede denostar la subjetividad desde una perspectiva supuestamente revolucionaria o progresista. En palabras del genial Ernesto Sabato (2002): “Y así se desacreditó lo subjetivo, así se desprestigió lo emocional y el hombre concreto fue guillotinado (muchas veces en la plaza pública

y en efecto), en nombre de la Objetividad, la Universalidad , la Verdad y, lo que fue más tragicómico, de la Humanidad ”.

En realidad, desde nuestro punto de vista, negar lo individual sí que es mecanicista y reaccionario porque conlleva negar el origen social de la conciencia. Los psicólogos soviéticos superaron la dicotomía situación-subjetividad en la época del genial Lev Vygotski.

Buenos tiempos para la subjetividad

Sin duda alguna, por evolución científica unas veces y por ética otras muchas, cada vez son menos los profesionales que no conceden importancia a la subjetividad de la persona diagnosticada de un trastorno mental. Hasta ahora, las investigaciones que trataban sobre las propias atribuciones de los pacientes hacia su enfermedad han sido prácticamente inexistentes. Una manifestación y consecuencia de esta marginación es la escasez de términos de los que disponemos para referirnos a la multitud de formas en que las personas diagnosticadas entienden su experiencia. Bueno, tenemos “insight”, pero se usa actualmente para decir si el paciente está de acuerdo o no con la visión del psiquiatra (Amador y Kronengold, 98). Sin embargo, instituciones como la British Psychological Society (2000) afirman rotundamente que los usuarios de los servicios deben ser reconocidos como expertos en su propia experiencia.

No es de extrañar: el conocimiento único que tienen los sujetos de sus propias experiencias les brinda una mayor capacidad de predecir recaídas que la de los profesionales de la salud (Gumley y Schwuannauer, 2008).

Desde hace décadas, desde el paradigma de Recuperación (“recovery”) se ha enfatizado la necesidad de trabajar en la recuperación del proyecto de vida una vez aparecida la enfermedad, en pasar de un modelo que busca un ajuste pasivo del sujeto y la reducción de síntomas a otro que busca desarrollar su identidad como ciudadano. Esto es estupendo, pero presenta la dificultad de que resulta más una posición ética que otra cosa. De hecho, Marianne Farkas define el paradigma de Recuperación como un “lote de valores, filosofía y principios” (Farkas, 96). Sin adentrarnos en exceso en la materia que corresponde al constructivismo, capítulo

posterior, no podemos dejar de señalar que la confusión entre filosofías, valores, paradigma y modelos ha llevado a la falsa creencia de que no hacía falta un modelo psicológico para poder rehabilitar.

Voces y subjetividad

Diferentes autores del campo de las psicoterapias cognitivas como Max Birchwood o Nick Tarrier y y del campo de la psiquiatría social como Marius Romme y Sandra Escher (periodista, curiosamente) han comprobado el poder liberador que tiene para quien escucha voces el poder expresar libremente sus intensas experiencias, les resulta estimulante tener a alguien que les escuche con interés y respeto y no para cuestionar lo que tienen que decir, para mostrar incredulidad o para contrariarlos. El hecho de que personas normales y sanas hayan tenido la experiencia de escuchar voces constituye un argumento en contra de la idea de hacer de la escucha en sí misma un indicador de psicopatología. Además, Los pacientes que escuchaban voces y no eran psiquiatrizados podían arreglárselas con las voces y utilizaban sus voces como señales de existencia de un problema y como consejeras en la solución del problema. Y es que en los intentos de afrontamiento parece muy importante para las personas adoptar un marco de referencia, atribuir algún significado a las voces. En este momento, el lector de tendencias constructivistas sonrío y susurra “claro...”

Referencias bibliográficas

Amador, X.F: y Kronengold, H. (1998) The description and meaning of insight in psychosis. En Amador y David, *Insight and Psychosis*. http://books.google.es/books?id=4ZAMmCJUHAAC&pg=PA15&lpg=PA15&dq=Amador+y+Kronengold&source=bl&ots=STSy5mEWd2&sig=CyF2DdVhcDt33WPboY4GiPdS474&hl=es&ei=U04_SrHiFdGLjAfRsfD6Dw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1

British Psychological Society, (2000) *Recent Advances in Understanding Mental Illness and Psychotic Experiences*. Leicester: B.P.S.

Farkas, M. D. (1996). Recovery, rehabilitation and reintegration: Word vs. Meaning. *World Association for Psychosocial Rehabilitation Bulletin*, 8(4), 6-8.

Gumley, A. y Schwuannauer, M. (2008) *Volver a la normalidad después de un trastorno psicótico. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas*. Bilbao: D.D.B.

Sabato, E. (2002) *El escritor y sus fantasmas*. Barcelona: Seix Barral.

5. Constructivismo: alternativa a la prepotencia del profesional

¿Qué es eso del constructivismo?

El constructivismo es, fundamentalmente, una posición epistemológica. Esto significa que no trataremos aquí de una teoría clínica ni siquiera solamente psicológica, sino de algo que desborda a la ciencia psicológica y que a su vez la acerca a otras disciplinas: el conocimiento humano.

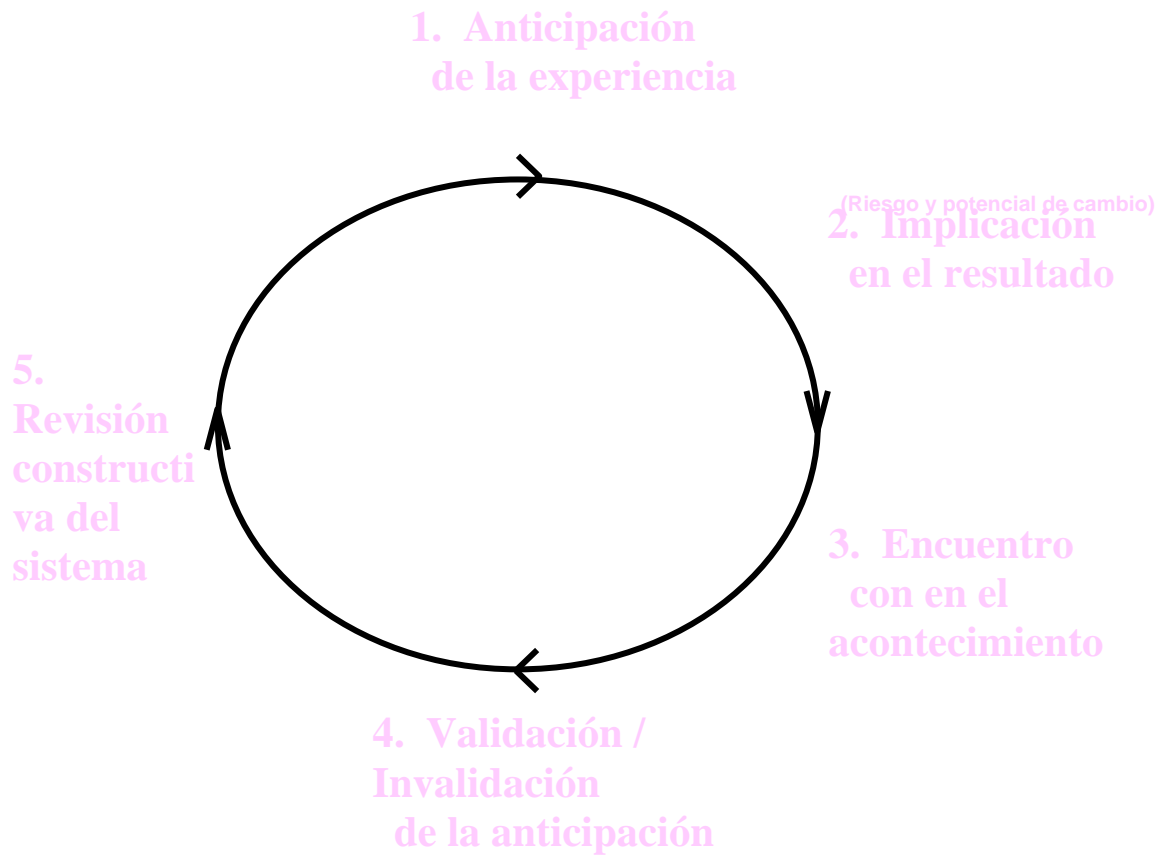
El constructivismo (y no entraremos, dada la naturaleza del trabajo, en explicar los diferentes posicionamientos postracionalistas de corte constructivista; recomendamos consultar las similitudes y diferencias entre los posicionamientos constructivistas y narrativos en Botella, 1994) posee la gran virtud de explicar la experiencia y *toda* experiencia humana. No es un modelo de enfermar, sino de experimentar, cambiar y vivir. Explica lo estructural y lo dinámico ya que aporta tanto una visión sobre las características estables del sujeto al tiempo que sobre sus variaciones, ya sean éstas en milésimas de segundo o durante toda la vida.

Uno de los conceptos básicos en los diferentes modelos constructivistas es el de “significado”. Nos gustaría que quedara claro lo que es, de una manera u otra, significativo. “Significado” no es sinónimo de “pensamiento”. Ni de “conducta”, ni de “emoción”. No puede serlo porque desde una óptica constructivista el ser humano no se conceptualiza de forma cartesiana, no existe dualidad cuerpo-mente. Todo acto lo es de conocimiento, de atribución de significado, de captación de una diferencia: es decir, de aplicación de constructos. Incluso, en ese estado mental llamado meditación en el que tiende a desaparecer la incesante verborrea del hombre occidental. El término “constructo” queda pues definido como la forma en que uno percibe las cosas o a los otros, ya sea como similares o como diferentes entre sí. Estos constructos se entrelazan, jerarquizan y ordenan en una red que se denomina “Sistema de Constructos Personales” (S.C.P.). Al modo en que un mapa sirve para poder moverse por diferentes vías (unas más conocidas, más transitadas, y otras menos), el S.C.P. sirve para enfrentarse a cada instante a la realidad, cotejarla con nuestro mapa y revisar, si fuera necesario, el propio mapa. Desde nuestra perspectiva, no se puede no aplicar el mapa a cada momento. Por lo tanto,

la realidad no es captada de forma ingenua sino mediante el propio S.C.P. al que se enfrenta. A esto se le denomina “proactividad del conocimiento”. El desarrollo humano es en sí mismo un proceso continuo y cíclico de construcción de significados (Feixas y Villegas, 2000).

George Alexander Kelly (1955) propuso su Ciclo de Experiencia como una forma gráfica de plasmar la construcción de significados. Evidentemente, el gráfico es incompleto porque al ser cíclico no tiene punto de inicio ni de final, pero a efectos docentes es útil. Nos enfrentamos al acontecimiento de forma proactiva anticipando con nuestro S.C.P. pero no todos los constructos implicados serán de la misma importancia y relevancia para el sujeto (tendrá diferente riesgo y potencial de cambio: para mí, no es lo mismo poner en juego la validez de mis capacidades como cocinero y mis capacidades como tío); estos constructos se verán sometidos a un proceso de validación (si quedan ratificados como “útiles”) o de invalidación y revisión constructiva (si no lo hacen) (ver figura 1.) Estas construcciones se erigen en secuencias de milésimas de segundo, donde se examinan su ajuste con respecto a discriminaciones de tipo sensorial/concreto (subordinado). La finalidad de estos procesos es maximizar la capacidad predictiva de la mente (Feixas, 2002). Y es que todos vamos por la vida intentando maximizar esta capacidad, haciendo de nuestros trayectos viajes fluidos (Kelly, 1955). Incluso si para nosotros lo más fluido es un lodazal.

Figura 1. Ciclo de experiencia



¿Individuo o sociedad? El falso dilema

Nos parece crucial que todo profesional que intente promover algún cambio (de forma también profesional, se entiende) en los diferentes ámbitos humanos posea también una teoría psicológica sobre el sujeto. Si no se puede entender ningún ámbito de la vida sin contextualizarlo en el conjunto de significados de su S.C.P., el profesional debería poseer un modelo que le permita conocer las implicaciones de su labor. O mejor aún, por qué su labor se tropieza a veces con la negativa del sujeto a cambiar a pesar de poner en marcha los consejos habituales para una buena relación con el usuario. No llega con tener en cuenta la opinión del sujeto. Y nos parece burdo considerar como significativo simplemente lo que haya sido sometido a contingencias reforzantes. Decir que algo es significativo para el usuario porque enlaza de una manera u otra con su pasado nos parece poco riguroso. Hace falta más.

Me va mi Yo en ello: implicaciones identitarias de la experiencia y el conocer.

Escribía Vittorio Guidano en el año 1997 que “el mantenimiento de nuestra propia identidad percibida llega a ser casi tan importante para nosotros como la vida misma”. Tan importante como para ayudar al cambio o sabotearlo. Y si el cambio es el objetivo que se plantea el profesional, esto es determinante.

Imaginemos la promoción del cambio en un sujeto cualquiera respecto a sus actividades instrumentales de la vida diaria, hábitos de alimentación, formación u orientación laboral. Pues bien: en todos y cada uno de esos cambios, por pequeño que sea, se pone en juego la identidad del sujeto. Piense: ¿Qué bebe usted en las terrazas de verano? Bien: ¿por qué no bebe otra cosa? Se creará que (sólo) porque le gusta más lo que ya suele beber. Y sin embargo, aquí también, su identidad está en juego. ¿Qué tipo de persona es alguien que bebe lo que usted suele beber? ¿Y alguien que bebe otra cosa? ¿Qué tipo de persona sólo bebe cervezas de importación?

Si en un ejemplo menor la identidad está en juego, también lo estará en los otros cambios que propongamos al sujeto. Y es que la relación entre profesional y usuario nunca debe ser un baile desacompañado.

Un ejemplo muy investigado por nuestros buenos amigos los profesores Guillem Feixas y Luis Ángel Saúl es el de los dilemas implicativos: situación en la que el problema o un aspecto que el sujeto desea cambiar está fuertemente asociado a dimensiones positivas de su construcción de sí mismo. El usuario intenta protegerse de una invalidación masiva (Sanchez y Feixas, 2001). Ejemplo: en un contexto de rehabilitación laboral, un sujeto se encontraba en situación de búsqueda activa de empleo. A pesar de estar capacitado, no quería acceder a los puestos que se le ofrecían. En un grupo orientado al análisis de los cambios, encontramos que para él un trabajo con hora fija de entrada y salida supondría dejar de verse como alguien bohemio; este constructo tenía tantas implicaciones para él que no estaba dispuesto a ponerlo en juego. Ahí se encontraba su dificultad para el cambio. Su “estabilidad cambiante” (Mahoney, 2005), que en el caso de las personas con esquizofrenia funciona de tal manera que los acontecimientos nuevos serán semánticamente neutralizados sin que ellos determinen un efecto retroactivo sobre el espacio de la experiencia y sobre el horizonte de las expectativas, lo que les lleva a poner en tela de juicio las características mismas del conocimiento y del ser, del mundo y de la realidad (Arciero, 2003).

El cambio humano

La postura que las personas toman con respecto a sus vidas es radicalmente *coherente* con sus visiones de ellos mismos. Esta es la misma coherencia que siempre trajo de cabeza a los clínicos, la que lleva al sujeto a no cumplir con las tareas para casa, a abandonar la intervención o a poner a prueba al profesional. La misma coherencia que los científicos que utilizan diferentes constructos para entenderse a sí mismos y para entender el mundo han llamado “paradoja neurótica”. La que le lleva al usuario a no mejorar a pesar de que todo sea favorable para ello.

Esta no mejoría no es ni más ni menos que una elección. La que permite al sujeto mantener su mundo *predecible*. La que le permite entenderse y entender a los demás, la que le facilita contarse su propia historia con un hilo argumental coherente. Los usuarios no se resisten al cambio, eligen no cambiar. No son resistentes, ni siquiera muchas veces son síntomas negativos los que les impiden avanzar. Simplemente hacen todo lo posible por no ver amenazada su identidad o para mantener la capacidad predictiva de su sistema de constructos personales.

Diversos autores han explorado cuáles son las estrategias adecuadas ante conflictos entre terapeuta y usuario. Si existen desacuerdos sobre las tareas, podríamos prestar atención directa sobre las tareas y objetivos y entender los desacuerdos en términos de temas relacionales nucleares. Si el problema está directamente asociado con el patrón de apego (organizaciones de significado personales de tipo obsesivo, depresivo, fóbico o de trastornos de la alimentación), se puede prestar atención directa o indirecta al tipo de vínculo que el usuario establece con sus personas significativas (Safran y Muran, 2005).

Prudencia, por favor

En este punto sí nos gustaría aclarar nuestra postura respecto a la división de funciones profesionales. Todos los profesionales que trabajamos en salud mental o en rehabilitación psicosocial estamos obligados a entender cuál es el funcionamiento del usuario. También a manejarlo pero a un tiempo que a manejarnos. Porque las reacciones emocionales del profesional son una parte esencial del proceso de mejora del usuario. En nuestra mano está perpetuarle su estilo relacional o suponer para él una experiencia emocional correctiva. Estamos, desde nuestro punto de vista, obligados, en pos de una buena praxis, a ello. Pero esto no significa en absoluto que cualquier profesional se convierta en experto en la relación terapéutica y en sus propias emociones. Porque para ello hace falta contar con una visión global, holística, de la mente, el cuerpo y las relaciones del usuario, así como con adiestramiento en estrategias de evaluación e intervención. Y aún así, como diría nuestro entrañable profesor Manel Villegas, “¿en qué Master enseñan a tener paciencia?”

El profesional también cambia

“Una revolución es un cambio personal, es decir, un cambio profundo, coronado por el éxito. Un trastorno es un cambio profundo sin éxito”, escribía Vittorio Guidano. En nuestra práctica profesional con personas diagnosticadas de trastorno mental grave hemos tenido la oportunidad de formar a profesionales cuya orientación era muy lejana al constructivismo. La primera reacción al acercarse a esta postura suele ser de perplejidad ante términos abstractos y a veces enrevesados. Más tarde, al quedar uno inoculado por los axiomas y corolarios de Kelly, se sobrevive en tierra de nadie. Hay quien para poder mantener su capacidad predictiva profesional se aferra a su marco teórico anterior. Pero no por mucho tiempo, ya que una vez entendida esta concepción de la salud mental nunca se vuelve a ver al usuario de la misma forma. Tiendes hacia la revolución.

Referencias bibliográficas

- Arciero, G. (2003) *Estudios y diálogos sobre la identidad personal*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bello, A. y Tejera, J. (2005). Humor y delirio. Edición electrónica: www33.brinkster.com/gipsicoterapia
- Botella, Ll. (1994) Constructivism and narrative psychology. Edición electrónica: <http://recerca.blanquerna.edu/constructivisme>
- Feixas, G. (Editor) (2001). *La psicología de los constructos personales: Textos escogidos de George A. Kelly*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000) *Constructivismo y psicoterapia*. 3 edición revisada. DDB. Bilbao.
- Guidano, V. (1997) *Un enfoque constructivista de los procesos del cambio humano*. En Mahoney, M. (ed.)(1997) *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica* (pp.115-130). Bilbao.DDB
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (2 Vols.). Norton. New York (existe nueva edición en Routledge, Londres, 1991)
- Mahoney, M. J. (2005) *Psicoterapia constructiva. Una guía práctica*. Paidós. Barcelona.
- Sanchez, V. y Feixas,G. (2001). *La resistencia en la psicología de los constructos personales*. *Revista de psicoterapia*, 12 (46/47), 133-162
- Safran, J.D. y Muran, J.C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. D.D.B. Bilbao

Epílogo

“Esto es lo que sé”. Haciendo una última revisión al texto antes de enviarlo, me asalta la agradable sensación de que he plasmado, a grandes (enormes) rasgos, todo lo que sé. Todo lo que he aprendido respecto a la salud mental en casi quince años. Saberes en mí más o menos antiguos (respecto a su relación con la organización social y económica), otros maduros (respecto al sujeto y el cambio humano) y algunos jóvenes (enseñanzas taoístas). Es curioso, aparecen en orden inverso a su antigüedad real...

Pues eso, que aquí está todo. Y no puedo por menos que sentirme agradecido y agradecer públicamente a todos los que me han enseñado y con los que he aprendido en estas profesiones. Algunos aparecen nombrados en el texto. La mayoría, no.

Pero si tengo que hacer justicia, debo añadir a aquella persona de la que más he aprendido, a vivir y como profesional: María Rodríguez,” meu ben...”