



Boletín de la **A**so**ciación** **M**adrileña de **S**alud **M**ental

SUMARIO

EDITORIAL [pág. 1]

El mal de Casandra y otros éxitos de la movida

INFORMES DE LA AMSM [pág. 2]

Informe de la AMSM sobre la atención de Salud Mental en Madrid

COLABORACIONES [pág. 13]

Trabajar haciendo posible lo imposible.
Amaia Vispe Astola, Marlene Socas Socas, Yaiza Gordillo Díaz, Isabel Delgado Moreno, Dacil Rodríguez González
Violencia de género: nivel de conocimiento y actitudes en población que consulta en servicios de salud mental y en profesionales sanitarios. Paula García Jorge, Laura Moreno Fernández, Sandra Muñoz Sánchez, Laura Portabales Barreiro, Cristina Polo Usaola, Marisa López Gironés, Marta Magán López
Experiencia con un grupo de escuchadores de voces en un centro de día.
Miguel Ángel Martínez Barbero
Subjetivismo crítico: una respuesta a los manuales diagnósticos.
Laura Martín López-Andrade
Apuntes para el trabajo en un equipo de apoyo social comunitario. Octavio Finol Benavides, Héctor Luna Arranz

HEMOS LEÍDO... [pág. 48]

Sobre la locura, de Fernando Colina.
Pablo Molina González

EL PANÓPTICO [pág. 50]

Boletín núm. 37 **O T O Ñ O** año **2014**

BOLETÍN
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA
DE SALUD MENTAL

JUNTA DIRECTIVA 2011-2014
DE LA ASOCIACION
MADRILEÑA DE SALUD
MENTAL (A.E.N.)

AMSM

PRESIDENTE

Iván De la Mata Ruiz

VICEPRESIDENTES

Miguel Donas Hernández
M^a Luz Ibáñez Indurria

SECRETARIA

Agustina Crespo Valencia

TESORERO

Ángel Luis Lucas Sanz

VOCAL DE PUBLICACIONES

José Morales Zamorano

VOCALES

María Alonso Suárez
Mariano Hernández Monsalve
Eva Muñiz Giner
Alberto Ortiz Lobo

Editorial

EL MAL DE CASANDRA Y OTROS ÉXITOS DE LA MOVIDA

Si uno revisa los editoriales anteriores, semestre a semestre, año tras año, década a década, descubre que no deja de ser una y otra vez el mismo texto: desencanto ante la pulverización progresiva de las redes de salud mental, cierta sorpresa ante la capacidad de superación del enemigo de lo público dejando paso a la sorpresa por la propia capacidad de aguante; hastío ante el propio tono apocalíptico constante y un “¿hasta cuando?” cada vez más tenue.

Externalizaciones, planes sin plan, precarización inexorable de los trabajadores, eventuales para la continuidad de unos cuidados cada vez menos cuidados, próximas OPEs como rinocerontes dorados (en algún universo paralelo tiene que haber alguno), y de tanto en tanto subvenciones a planes estrella pensados por unos gerentes para los que “esquizofrenia” es un nombre de marca con poco gancho y “comunitario” un pseudónimo de Stalin. Para los que “rehabilitación” es hacinar a gente extraña en edificios llevados por subcontratas y “atención domiciliaria” lo que hace un repartidor de pizza. Por no mencionar las bajas *literalmente bajas* de los profesionales, las amortizaciones de plazas, los pacientes compitiendo para caber en los cupos (perdonen el pleonasma), las gerencias mercantilizando los servicios mientras los hacen austeros (perdonen la incongruencia) los inocentes call-centers y la casual deriva de pacientes a centros concertados, y algún que otro juez tratando de frenar este sindiosperoconmuchoamo.

Uno lee esos editoriales o rememora debates pasados y no puede dejar de pensar “pero si esto ya lo avisamos”. “Esto ya lo dijimos”. Lo único que no se ha cumplido es el temor apocalíptico final, de ni siquiera estar para quejarnos, aunque de poco sirvan las quejas; pues por mucho que avisáramos no supimos parar nada. Casandra la griega enloqueció al ver que nadie creía sus profecías por muy ciertas que fueran. Nosotros, que somos más de a pie, simplemente nos repetimos cual canción de los 80.

Llega el momento sin embargo en que uno piensa ¿hay vuelta atrás? ¿Podemos hacer algo diferente? Si se dieran la vuelta las tornas, si la neoliberalización salvaje que subyace a esta precarización fuera de verdad contestada por alguien, ¿tendríamos capacidad de pedir lo que realmente queremos? ¿O ya sólo somos capaces de poner condiciones para la rendición? [*venga, que desempeñamos una función muy importante, déjame despedir sólo a 3*]. Este agotamiento de Casandra, ¿nos habrá consumido? ¿Seríamos capaces aún de sentar una demanda de lo que queremos para construir, o la AMSM es ya una protectora de animales casi extintos? ¿Podremos volver a hablar de cómo hacer entender a la sociedad que la locura ha de tener un sitio y no precisamente detrás de un muro? ¿O seguiremos hablando de recortes?

Haznos un favor y olvida por un segundo los despidos. Los profesionales en paro. Los telediarios vendiendo trastornos de diseño para que la industria venda salud en blisters. Los enfermos acusados de peligrosidad social. Las castas vueltas al manicomio. Olvídate un segundo de todo eso, que ya te lo sabes.

Basta ya de hechos. Queremos promesas.

Junta de la AMSM



Fuente: en.wikipedia.org

Si la neoliberalización salvaje que subyace a esta precarización fuera de verdad contestada por alguien, ¿tendríamos capacidad de pedir lo que realmente queremos?

Informe de la AMSM



INFORME DE LA AMSM SOBRE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EN MADRID

Junta de la AMSM. Agosto de 2014

Este año termina la vigencia de Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de Madrid y entramos en la recta final de la legislatura. Por este motivo desde la AMSM hemos creído necesario elaborar un informe de la situación actual de la red de salud mental.

Tres cuestiones han afectado a la organización de la red con especial relevancia: en primer lugar el cambio de modelo sanitario con la introducción de mecanismos de mercado y la creciente presencia de proveedores privados en la gestión de recursos; en segundo lugar el proceso de adscripción de los servicios de salud mental a las gerencias de los hospitales y finalmente los recortes presupuestarios por las políticas de austeridad.

IDEAS CLAVES DEL INFORME

- El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 se ha limitado a adaptar la Red de Salud Mental al nuevo escenario de mercado sanitario.
- La Oficina Regional de Salud Mental ha perdido la capacidad ejecutiva de planificación.
- No ha habido una planificación estratégica de problemas asistenciales claves como la coordinación con Atención Primaria, la atención y cuidados domiciliarios y las necesidades de recursos residenciales.
- La organización de la Red en función de mecanismos de oferta y demanda ha producido un deterioro de la equidad territorial y ha introducido conceptos de rentabilidad que deterioran la atención los pacientes más graves.
- La integración de los centros de Salud Mental en las gerencias hospitalarias se ha realizado sin crear unas estructuras de gestión apropiadas para una red compleja de recursos ambulatorios y hospitalarios.
- Los Centros de Salud Mental han perdido su papel de eje del sistema y su funcionamiento se ha intentado asimilar al modelo de consulta externa hospitalaria, perdiéndose los valores del modelo de atención comunitario.
- Los recortes presupuestarios se han notado especialmente en los Centros de salud mental mientras que la demanda no ha dejado de crecer.
- Se ha privatizado la gestión de 4 Centros de Salud Mental organizándose la asistencia en función de modelos empresariales, introduciendo criterios de rentabilidad en la oferta, con reducción de profesionales y desmantelamiento de los programas comunitarios.
- La Red de Atención Social para personas con enfermedad mental grave de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales ha sufrido recortes presupuestarios y un cambio en la forma de financiación que ponen en riesgo la calidad de la atención.

1- UN PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL ADAPTADO AL MERCADO SANITARIO

El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014¹ nació con premura a propuesta del anterior responsable de la Dirección General de Hospitales, Antonio Burgueño. En numerosas ocasiones y de forma pública Burgueño expresó su desdén frente a las señas de identidad de la red de salud mental. Para él nada diferenciaba las particularidades de la salud mental con respecto al resto de consultas. No se trataba de que la atención especializada pudiera adoptar algunos de los elementos claves de la Red de Salud Mental, como por ejemplo los programas de continuidad de cuidados o la coordinación entre niveles asistenciales y recursos sociosanitarios, para elaborar una estrategia para abordar la cronicidad. No se trataba de que la Salud Mental se convirtiera en unas consultas similares a las de las consultas hospitalarias de cualquier especialidad.

El Plan Estratégico de Salud Mental tenía una finalidad básicamente de marketing político. Técnica y metodológicamente no era ningún Plan. Se trataba de un informe que incluía la justificación y bases conceptuales, un inventario de los recursos asistenciales, la actividad asistencial desarrollada, y un listado de objetivos, recomendaciones e informes técnicos sobre distintos aspectos de la atención a la salud mental, con pistas hacia donde se quería que fueran las cosas pero sin ninguna estructura jerárquica que permita vislumbrar qué es lo esencial, qué lo accesorio y qué lo irrelevante. **No existía ninguna visión estratégica.** La condición que puso la Dirección General de Hospitales era que en él se aplicara la nueva organización sin áreas sanitarias y la libre elección de hospital y especialista,

elementos claves para la introducción de mecanismos de competencia y mercado. Bajo estas premisas la AMSM decidió no participar en su elaboración, ya que para nuestra Asociación las Áreas sanitarias y la referencia poblacional, es decir la atención basada en un territorio son las piedras angulares para dar coherencia al trabajo y planificar los recursos de la red de Salud Mental. El resultado del documento resultó un catálogo de intenciones incongruente en el que se intentó meter con calzador el modelo de salud comunitario (defendido en la mayoría de los grupos de trabajo de los profesionales) en una organización sanitaria basada en la oferta y demanda.

Lo sucedido en la atención a la Salud Mental en estos años no ha tenido que ver con actuaciones derivadas del Plan de Salud Mental sino precisamente de su ausencia. A punto de terminar la vigencia del Plan no se atisba ningún nuevo proyecto a medio plazo que afronte retos y necesidades asistenciales importantes como el desarrollo de los programas de continuidad de cuidados, la atención domiciliaria, el trabajo conjunto con atención primaria, el tipo de cuidados residenciales que necesitan algunos pacientes o el desarrollo de los programas de infanto-juvenil, por poner algún ejemplo. La Oficina Regional de Salud Mental se ha ido vaciando de competencias sin tener capacidad de influir en las diferentes gerencias hospitalarias que se mueven en una visión a corto plazo de indicadores economicistas y politización de la gestión. En cada Gerencia se ha negociado cual iba a ser el modelo de atención lo que en muchas ocasiones ha dependido del poder de negociación, de estilo de liderazgo y de las preferencias de los jefes hospitalarios. Se ha aumentado la variabilidad de las prestaciones entre los distintos servicios, empeorando la equidad. Ya no hay modelo común, sino múltiples modelos.



Fuente: orgnicamb.blogspot.com

2- CAMBIO DEL MODELO SANITARIO UNIVERSAL POR UNO DE ASEGURAMIENTO: RD 16/2012.

En el año 2012 el gobierno establece una serie de medidas que limitan la cobertura universal de las prestaciones sanitarias a través del Real Decreto-ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Con este decreto el derecho a la atención sanitaria queda vinculada a la condición de asegurado. Aunque el objetivo inicial era dejar sin atención a los inmigrantes sin papeles, las presiones sociales y de cumplimientos de derechos fundamentales han hecho posible la paralización de algunas medidas, este decreto abre las puertas a que el futuro puedan quedarse sin cobertura otros colectivos que no tengan esa condición, como mayores de 26 años sin haber trabajado o parados de larga duración sin prestaciones. Esto supone terminar con los principios del sistema nacional de salud promulgados en la Ley General de Sanidad.

De momento el colectivo más afectado son los ciudadanos inmigrantes sin papeles. Aunque la Comunidad de Madrid emitió una orden en que se hacía una excepción en caso de enfermedad mental grave, el hecho es que la accesibilidad a los servicios de salud mental especializados se ve limitada por múltiples barreras: son personas sin médico de atención primaria que pueda detectar los problemas de salud mental y hacer la derivación, muchos centros de salud mental ponen barreras a su atención, el acceso a medicamentos requiere una dispensación en la farmacia hospitalaria y los propios pacientes desconocen este derecho. Esto supone una violencia añadida a ciudadanos que ya padecen una situación de exclusión.

3- SALUD MENTAL EN UNA LÓGICA DE MERCADO INTERNO Y COMPETENCIA: EMPEORANDO LA EQUIDAD.

Una de las características de este modelo sanitario basado en la competencia de proveedores y en la ley de la oferta y la demanda es que la **asignación de recursos se realice en función de la demanda** de los pacientes, equiparados en este caso a la figura de consumidores (el famoso eslogan de “el dinero sigue al paciente”) y no en función de la necesidades de una población adscrita a un territorio. La idea es que de esta manera, como en cualquier mercado, los distintos proveedores sanitarios (o empresas) se esforzarían por mejorar su calidad para “fidelizar” a sus clientes o conseguir atraer a nuevos de otras zonas. Para ello de

nuevo se articulan dos disposiciones legales que rompen la planificación territorial vistas como una barrera a la libre circulación de los pacientes (y del dinero): **Ley de libre elección en la Sanidad Madrileña de 2009 y el Decreto de Área Única de 2010** que elimina las Áreas sanitarias.

El anterior Plan de Salud Mental establecía una serie de ratios mínimas de profesionales y camas hospitalarias por población en cada área sanitaria. Se trataba de una asignación de recursos imperfecta (no tenía en cuenta variables sociodemográficas y las ratios propuestas no dejaban de ser arbitrarias), pero al menos había una aproximación a las necesidades de cada zona sanitaria. El Plan de Salud mental 2010-2014 renuncia a cualquier planificación territorializada con criterios poblacionales señalando que “..la planificación de recursos adscritos a las Unidades Asistenciales debería ser realizada primordialmente según la **demanda** medida con los sistemas de información adecuados” . A falta de sistemas de información adecuados la circulación de la demanda se ha dejado en manos de un Call Center privado.

El nuevo sistema no busca la equidad, busca la competencia entre dispositivos: cada uno oferta y los ciudadanos pueden intentar acceder a las distintas ofertas. Más que de libertad de elección se trata de libre circulación, sobre todo de capitales que siguen al cliente, a algunos clientes sobre todo. Se diga lo que se diga las prestaciones no se pueden equiparar con distintos proveedores.

¿Qué consecuencias está teniendo esto para la atención de salud Mental?

3.1- Empeorando la equidad horizontal. La equidad horizontal hace referencia a la capacidad de los servicios para ofrecer similares prestaciones a su población de referencia. Es un hecho que tradicionalmente la red de salud mental tiene importantes diferencias de recursos (medidos por ejemplo en número de camas o recursos humanos) y de prestaciones entre las distintas áreas sanitarias.

Dado que en los últimos años por las restricciones presupuestarias no ha habido en la práctica asignación nueva de recursos en los servicios de salud mental (sobre todo ambulatorios) la principal consecuencia de la renuncia del Plan de Salud Mental a la planificación territorializada y su apuesta por una hipotética asignación en función de la demanda ha sido que esta falta de equidad entre los distintos servicios se oculta: si un servicio no da determinada prestación no importa, ya lo dará otro.

En realidad lo sucedido estos años ha tenido más que ver con los recortes de personal que con la asignación de recursos. Se han perdido entre un 5-10 % de profesionales en los servicios de salud mental, bien no renovando algunos de los contratos eventuales, bien no sustituyendo las jubilaciones (por la tasa de reposición de 10% decretada por el gobierno central para disminuir el gasto público). Esta **asignación de los recortes** no ha obedecido a ningún criterio racional: ni ha sido en función de ratios profesionales por áreas sanitarias ni de medición de flujos de demanda. Se han perdido plazas de profesionales de forma azarosa, allá donde se jubilaba algún profesional o donde una gerencia decidía no renovar un contrato eventual para ahorrar dinero.

Se han perdido entre un 5-10 % de profesionales en los servicios de salud mental, bien no renovando algunos de los contratos eventuales, bien no sustituyendo las jubilaciones

Además la pérdida del papel de autoridad planificadora de la Oficina de Salud Mental y la introducción de la competencia de proveedores ha permitido que cada hospital organice la “oferta” de atención de salud mental según sus propios objetivos e intereses como “proveedor” independientemente de las necesidades de atención integral para toda la Comunidad.

El resultado ha sido que la tradicional inequidad entre las distintas áreas sanitarias ha empeorado haciéndose evidente en los indicadores de actividad de los centros de salud mental en 2012 elaborada por la Oficina Regional de Salud Mental² (con todas las dudas respecto su fiabilidad por los diferentes criterios para recogerlos). En ellos se ven diferencias de más de un 50% de carga asistencial entre los distintos centros. La lectura de estos indicadores ha sido falaz, de tal manera que los centros más sobrecargados, donde las condiciones para dar una asistencia de mayor calidad son más difíciles, aparecen como los que mejor productividad tienen y los que deben ser imitados. Perversa conclusión.



3.2- Empeorando la equidad vertical: la ley de cuidados inversos.

Demanda no es lo mismo que necesidad. Es un hecho que la demanda de atención en salud mental incrementa cada año debido a un conjunto de factores entre los que cabe destacar el fenómeno de la creciente medicalización y el sufrimiento generado por las políticas frente a la crisis económica. Sin embargo los que tiene más capacidad de generar más demanda no son siempre los problemas más graves. Sin un Plan de Salud Mental que defina prioridades asistenciales y en un contexto de recortes, dejar que los servicios de salud mental se organicen en torno a la demanda significa que se profundiza en la **ley de cuidados inversos**, de tal manera que reciben atención más atención aquellos pacientes que menos lo necesitan, es decir **empeora la equidad vertical**.

Porque, lo que está sucediendo en realidad es que **la atención se está organizando en torno a la oferta**. Esta oferta depende de una serie de factores interconectados, que señalamos de forma esquemática:

- **Objetivos de la Gerencias y juego político.** La planificación de la atención en salud mental y los objetivos de las gerencias se ven atrapados en la perspectiva cortoplacista que impone la lógica política. El único indicador visible en esta lógica es la **lista de espera**, que se convierte en la principal arma de confrontación política. Uno de los efectos de esto es que deslegitima el papel de la atención primaria, que es representada como un mero trámite para acceder a los servicios especializados. El otro efecto es que la solución solo se ve desde el lado de la oferta, es decir incrementar el número de evaluaciones en los centros de salud mental y no tanto desde la demanda, esto es el trabajo conjunto con atención primaria.
- **Rentabilidad:** la aparición de servicios de salud mental de gestión privada, la habilitación de mecanismos de **facturación intercentros y de competencia entre centros sanitarios** transforma en mercancías facturables las intervenciones sanitarias, de tal manera que se introducen criterios de rentabilidad en la oferta. Lo más rentable en términos de facturación en la atención ambulatoria en Salud Mental es la **evaluación de pacientes nuevos**, el paradigma de la alta resolución (véase la tabla de precios públicos de las actividades ambulatorias³). A esto hay que añadir que las intervenciones que realizan los profesionales no médicos (trabajadores sociales, enfermería) no se tiene en cuenta en términos de facturación. Un centro de Salud Mental “rentable” es aquel que ve muchos nuevos y hace pocos seguimientos.

- **Marketing y superespecialización.** En los últimos años el número de consultas especializadas en determinadas patologías, ubicadas sobre todo en los hospitales, no ha hecho más que incrementar. El abanico es variopinto: consultas de primeros episodios psicóticos, bipolares, trauma, déficit de atención, patología dual, trastornos de personalidad.. Normalmente se trata de consultas con gran capacidad de selección de pacientes, que están más al servicio de intereses de determinados profesionales que una respuesta racional a las necesidades asistenciales. Sin que haya una evaluación de su eficiencia respecto a la atención dispensada en los centros de salud mental el hecho es que esto supone una **transferencia de recursos al ámbito hospitalario**. Aquí los intereses profesionales se alían con la necesidad de marketing de las gerencias y los políticos. La atención generalista no vende.

Estos factores (objetivos gerenciales, rentabilidad, marketing) se revelan contraproducentes para los problemas de salud mental. Cada vez se emplea más tiempo de las agendas de los profesionales en la evaluación y menos en el tratamiento o en tareas claves para la red de salud mental como las coordinaciones entre los distintos servicios. Repercute en las intervenciones psicoterapéuticas, que se ven imposibilitadas por la sobrecarga de pacientes, incrementa las respuestas medicalizadoras, rompe el trabajo en equipo y sobre todo **se empeora la atención de los pacientes más graves que requieren intervenciones complejas, prolongadas, multidisciplinarias**.

4- INTEGRACIÓN DE LOS RECURSOS AMBULATORIOS EN LAS GERENCIAS HOSPITALARIAS: UNA OPORTUNIDAD PERDIDA.

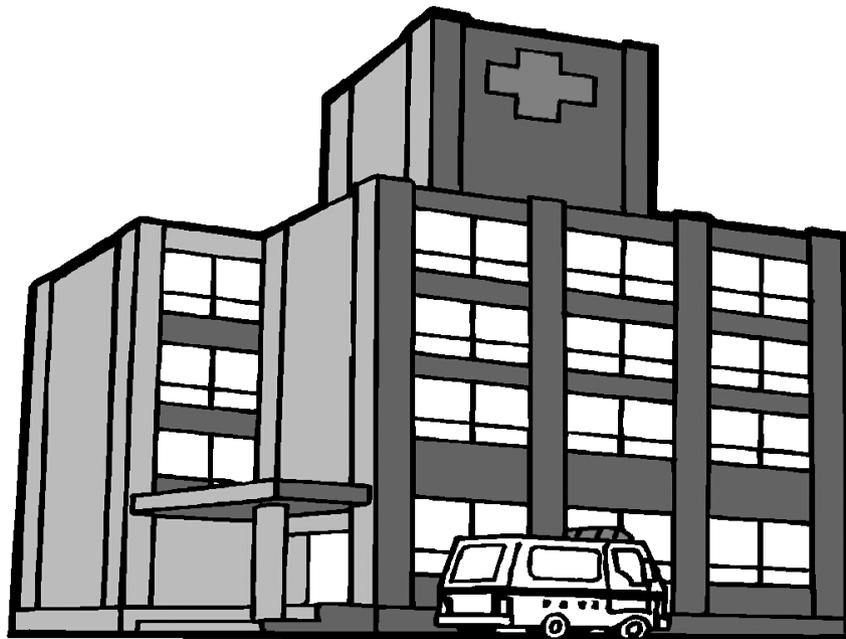
La integración de los Centros de Salud Mental en las Gerencias de Atención Especializada era una reivindicación histórica de nuestra Asociación⁴. La idea era poder contar con una estructura organizativa que gestionara de forma integral y participativa una red compleja como la de salud mental donde todos los dispositivos deben trabajar de forma coordinada en cada área sanitaria. El reto era diseñar esta estructura específica para salud mental dentro de las gerencias de atención especializada y que además respondieran a la estrategia y objetivos de un verdadero Plan de Salud Mental y que tuviera un funcionamiento participativo⁵. La tarea no era sencilla dada las diferentes culturas asistenciales de los distintos dispositivos, pero ya se contaban con algunas experiencias en Madrid que podían haber servido de referencia. Conscientes de ello los anteriores res-

ponsables de la Oficina de Salud Mental crearon una comisión para diseñar el proceso de integración en el 2004. Esta comisión nunca funcionó. Resultado de ello fue que la integración se hizo sin diseñar ningún modelo de organización. Se hizo en un contexto de desmantelamiento de las áreas sanitarias y de las gerencias de atención especializada y primaria, con una Oficina de Salud Mental sin autoridad ejecutiva. Cegada la consejería en las bondades de la competencia entre dispositivos las necesidades de articular una organización cooperativa no se podía entender. Las consecuencias de todo ello han sido el mal gobierno de la Red de Salud Mental:

4.1- Descentralización de la gestión en cada gerencia hospitalaria sin un modelo organizativo específico para salud mental común a todas ellas. En cada hospital se ha organizado la asistencia cómo se ha querido en función de factores locales. En pocas Gerencias se han creado estructuras específicas para gestionar los recursos de salud mental (Hospital Príncipe de Asturias, 12 de Octubre, Hospital Clínico por ejemplo, aunque sin manejo presupuestario). En la mayoría se ha incorporado la salud mental al anacrónico esquema de funcionamiento y gestión del resto de especialidades hospitalarias. El resultado es la ausencia de una estrategia de gestión del conjunto de dispositivos que conforman cada red local de salud mental. No hay un diseño de procesos asistenciales y cada dispositivo tiene sus propios indicadores y objetivos para evaluar su funcionamiento, sin pensar las

interdependencias entre unos y otros (por ejemplo el número de ingresos dependerá de la capacidad de resolución de los centros de salud mental). Paradójicamente la integración está disociando y fragmentando más la red incrementándose las clásicas tensiones entre el ámbito hospitalario, el ambulatorio y los servicios de rehabilitación, y cada uno resolviendo los problemas desde sus dispositivos.

4.2- Difícil acomodo en una cultura de gestión hospitalaria. La cultura asistencial de los hospitales continúa presidida por unos ejes temporales (el proceso agudo de enfermedad, la respuesta tecnificada) y espaciales (la intervención esta limitada al espacio físico hospitalario y las distintas especialidades conforman espacios compartimentalizados). El reto de la asistencia sanitaria general está actualmente en transformar estos ejes para adaptarlo a la realidad clínica de la cronicidad de las enfermedades, de ahí que se empiece a hablar de planes estratégicos de cronicidad en los que los elementos claves son la coordinación entre niveles, el diseño de procesos asistenciales, el trabajo multidisciplinar, la continuidad de cuidados y el seguimiento. Mientras que el resto de la medicina empieza a plantearse este camino, en Salud Mental se está iniciando un camino en sentido contrario, desmontándose en la practica el modelo de salud mental comunitario, que no era otra cosa que un modelo de continuidad de cuidados y gestión de casos pensando en la cronicidad y la recuperación.



La nueva dependencia de las direcciones médicas hospitalarias lejos de solucionar los problemas de la atención ambulatoria los ha empeorado

4.3- Gestión hospitalocéntrica. Salvo excepciones las gerencias no han comprendido el trabajo de la red de salud mental atrapados en la lógica hospitalaria clásica y en criterios simplistas de productividad. Las tareas, funciones y valores de los Centros de Salud Mental se asemejan más a las de atención primaria que de las consultas de especialistas de los hospitales. Tras 25 años de funcionamiento los CSM necesitaban una revisión de su funcionamiento. Sin embargo la nueva dependencia de las direcciones médicas hospitalarias lejos de solucionar los problemas de la atención ambulatoria los ha empeorado. Tratan de imponer una organización y funcionamiento que no se adapta a la cultura de los CSM. Por ejemplo los indicadores para evaluar su funcionamiento se basan en los actos asistenciales de los facultativos: número de nuevos, el cociente entre nuevos/seguimientos y la lista de espera. Son indicadores más apropiados para una consulta quirúrgica: diagnóstico rápido, intervención y alta. ¿Se adaptan estos indicadores a las necesidades de por ejemplo un paciente esquizofrénico, que puede necesitar muchas citas seguimiento por múltiples profesionales, durante largos periodos, en distintos dispositivos y actividades de coordinación? La respuesta es no. Para las gerencias este trabajo no solo es invisible, sino que además es un problema porque les empeoran los números. Como hemos señalado antes lo importante es disminuir la lista de espera por la vía de la oferta de evaluaciones. Lo que pase luego no importa: que las citas para seguimiento y tratamiento se demoren meses puede incluso mejorar estos indicadores.

Otro de los damnificados de esta lógica es el **trabajo multidisciplinar**. Los indicadores visibles solo hacen referencia a los actos asistenciales de los facultativos, y muchas veces solo de los psiquiatras. Esto hace que no sea reconocido por las gerencias las tareas de enfermería y trabajo social. Sin embargo su trabajo debería ser clave en el seguimiento y cuidados de los pacientes más graves. En el 2007 había alrededor de 5.800 personas incluidas en estos programas. Aunque no se ha publicado el dato actual, es seguro que el número ha incrementado considerablemente mientras que las plantillas de enfermería y trabajo social siguen siendo las mismas que a principios de la década de los 2000. A esto hay que añadir que la enfermería de salud mental no está reconocida por la administración madrileña como categoría laboral pese a que es una especialidad reconocida y desde hace años se forman enfermeros especialistas en las unidades docentes.

En un proceso similar al que está sufriendo la Atención Primaria, este hospitalocentrismo de la gestión está convirtiendo los CSM en estructuras donde cada vez se invierte menos, con menos capacidad de dirección e innovación, más burocráticas, donde lo que se dirige son los tiempos asistenciales de la agenda de los profesionales. El efecto más dañino de esto es sobre la motivación de los equipos.

5- LAS POLÍTICAS DE AUSTRIDAD Y LOS SERVICIOS PÚBLICOS.

5.1- Descapitalización de los servicios públicos y transferencia a centros privados. Las políticas de austeridad impuestas para el pago de la deuda han supuesto una serie de recortes en los servicios sanitarios públicos y a la vez han servido de excusa para destinar mayores partidas presupuestarias para concertos privados. En el año 2013 se produjo una reducción del 7% del presupuesto sanitario (alrededor

de 7108 millones de euros). Mientras que los hospitales públicos tradicionales han visto reducido su presupuesto en alrededor de un 5% anual, los hospitales de gestión privada incrementan su presupuesto anualmente de forma automática en función del IPC y el gasto sanitario destinado a concertos pasó de un 9% en 2007 al 17,3% en 2012. En salud mental se ha privatizado la gestión de 5 centros de salud mental además de los servicios hospitalarios de los nuevos hospitales de gestión privada. Además en la última década se han incrementado los servicios concertados: nuevos concertos para las camas de larga estancia fuera de la comunidad de Madrid, hospitales de día para niños y adolescentes, Comunidad Terapéutica para Trastornos de Personalidad y recursos de la red de drogas.

5.2 Recortes de plantillas y ahorro en el capítulo de personal.

En el conjunto de la sanidad se ha destruido empleo público (unos 4.600 empleos en 2013 según los sindicatos) a costa de externalizar servicios no sanitarios, jubilaciones forzadas, tasa de reposición de las jubilaciones de un 10%, despidos de eventuales y no cubrirse las bajas. La falta de transparencia (desde el año 2007 dejaron de hacerse las memorias anuales de la Oficina de Salud Mental), las privatizaciones de varios de centros de salud mental y los caóticos procesos de oposiciones que hemos tenido dificultan conocer con exactitud cuántos profesionales de salud mental se han perdido y donde. Los datos que tenemos recogidos nos acercan en cifras alrededor de un 10% de las plantillas de los CSM.

Además las condiciones laborales de los trabajadores han ido empeorando, con reducción del poder adquisitivo y con un 30% de profesionales con contratos eventuales ocupando plazas estructurales. Veremos en qué queda la conversión de estas plazas eventuales en contratos interinos.

5.3. Desinversión comunitaria y presupuesto hospitalocéntrico.

La crisis económica llegó a la sanidad madrileña en plena burbuja hospitalaria. Las grandes inversiones en sanidad desde el año 2007 han sido para la construcción de los nuevos hospitales de gestión semiprivada o privada, mediante formulas que han permitido transferir parte de la deuda de su construcción al futuro. La apuesta por un modelo sanitario hospitalocéntrico (hipertecnológico, centrado en el caso agudo) se ha hecho en detrimento de los servicios sanitarios locales y comunitarios como pueden ser la atención primaria o los centros de salud mental (más eficientes, pero con menos réditos electorales o empresariales), que han ido perdiendo peso relativo en la financiación año tras año. En el caso de Salud Mental esto ha implicado que la mayoría de la inversión desde el 2008 ha estado destinada a la creación de 6 nuevas unidades de hospita-

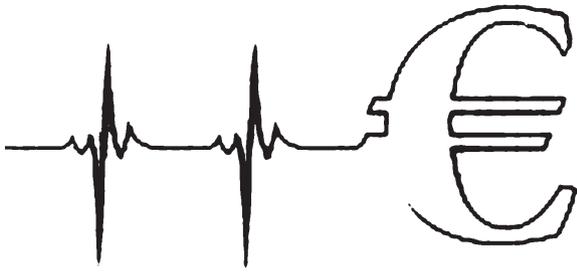
lización, mientras que la inversión en las plantillas de los centros de salud mental ha sido nula en todo este periodo, incluso ha disminuido personal.

5.4- El recorte en la Red de Drogas. Durante los últimos dos años la Agencia Antidroga ha visto como se recortaba su presupuesto en un 20%, lo que ha implicado la no renovación de varios concertos con comunidades terapéuticas o centros de tratamiento para los pacientes con mayor gravedad. Estos recortes se han producido alegando que técnicamente no eran necesarios por el cambio de perfil de consumidor. Esto se hace en un momento de crisis económica en que se sabe que epidemiológicamente las adicciones se incrementan.

6- SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE GESTIÓN PRIVADA.

Durante los últimos años hemos asistido a la entrada en la gestión de los hospitales públicos de empresas de ánimo de lucro a través de distintas formas de colaboración público-privada. Bien con un modelo PFI en las que las empresas (constructoras) solo gestionan la parte no sanitaria (6 hospitales). Bien con un modelo de concesión administrativa (4 hospitales, incluyendo la Fundación Jiménez Díaz) en que las empresas (multinacionales del sector sanitario como IDC Salud o Sanitas) asumen también la gestión de la parte sanitaria mediante un pago per capita según población asignada (que todos los años se revaloriza) más lo que obtengan captando pacientes en el mercado sanitario (facturación intercentros). Aunque la financiación sigue siendo pública esto supone una transformación radical del modelo sanitario que entraña unos riesgos que hemos señalado en distintas ocasiones: sobrecostes, transferencia de deuda al futuro, selección de riesgos y captura del regulador. En definitiva supone una amenaza para la sostenibilidad del sistema sanitario que a la larga solo se podrá mantener introduciendo más copagos, disminuyendo la calidad asistencial, recortando prestaciones o terminando con su carácter universal.

Las condiciones en que se realizaron estas concesiones y la pretensión de privatizar totalmente los 6 hospitales PFI y una parte de los Centros de Salud de Atención Primaria en el año 2012 fueron la mecha que desató la enorme contestación de los profesionales y los ciudadanos canalizada a través de la marea blanca, que de momento ha detenido el avance del proceso privatizador. La marea blanca hizo bastante pedagogía de como se estaba realizando esta transformación: los conflictos



Fuente: partidosain.es

de intereses, las ventajosas condiciones para las empresas, la opacidad de las cuentas, las experiencias fallidas similares en otras comunidades o en otros países, los riesgos para la calidad asistencial y las mentiras sobre el ahorro.

La atención a la Salud Mental en los hospitales de gestión privada.

Actualmente casi un millón de madrileños tienen como referencia Servicios de Salud Mental dependientes de 4 hospitales de gestión totalmente privada (Fundación Jimenez Diaz, Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, Hospital de Valdemoro, Hospital de Torrejón, además de la atención en el Hospital del Tajo que está concertada con San Juan de Dios). Esto ha supuesto el desmantelamiento de los Centros de Salud Mental de gestión pública de Moncloa, Arganzuela, Navalcarnero y Torrejón, así como el cierre del CSM de Ciempozuelos gestionado por Benito Menni. Se ha anunciado que en antes de que finalice 2014 se abrirá el Hospital de Collado-Villalba con lo que el CSM adscrito correrá similar suerte. Dos empresas se ha hecho cargo de estos hospitales: Sanitas (inicialmente era Ribera Salud) para Torrejón y IDC-Salud (antes CAPIO) para los otros 3. Aunque la opacidad, falta de control y evaluación caracteriza a estos centros podemos señalar lo siguiente de la atención allí prestada:

6.1- Cada empresa ha aplicado el modelo de Servicio de Salud Mental que ha querido. En los pliegos de condiciones de estos hospitales no se detallaba como debía organizarse la atención salud mental. Tan solo que debían hacerse cargo de la hospitalización y de la atención ambulatoria. Eso ha implicado que los servicios se han diseñado en función de la rentabilidad.

6.2- En el caso de Torrejón (Sanitas) se ha mantenido a estructura de Centro de Salud Mental pero el hospital no cuenta con camas de psiquiatría (que se han subcontratado con un hospital psiquiátrico privado en Madrid, Nuestra Señora de la Paz) ni psiquiatras de presencia física permanente. No existe en el hospital atención psiquiátrica de urgencias de 24 horas, siendo atendidos los pacientes por los psiquiatras del CSM al día siguiente o trasladados a Nuestra Señora de la Paz. Igualmente cuando un paciente ingresado en una planta médico-quirúrgica necesita atención psiquiátrica son los profesionales del CSM los que se trasladan al hospital a atenderla.

6.3- En el caso de IDC-Salud (Fundación Jimenez Diaz, Móstoles, Valdemoro) se ha apostado por un modelo de consulta externa hospitalaria. Gran parte de la actividad ambulatoria se ha trasladado a los hospitales. Las consultas se organizan muchas veces por patologías y los psiquiatras muchas veces comparten actividad entre la planta, la interconsulta y las consultas externas. Los CSM aunque conserven su nombre son meras consultas ambulatorias, con menos profesionales que cuando eran públicos y sin que se conforme equipos de trabajo con atención multidisciplinar. Algunos centros como Navalcarnero o Arganzuela conservan una actividad testimonial respecto a lo que se hacía antes. Los programas de continuidad de cuidados se limitan a administración de fármacos o gestión administrativa de recursos. Los pacientes de su zona de influencia ingresan en las camas de los hospitales de su propia empresa, así los vecinos de Valdemoro tienen que desplazarse hasta Móstoles para ingresar.

6.4- Plantillas con menos profesionales y más sobrecargadas. Antes de la privatización de Moncloa y Arganzuela, si contamos los profesionales que trabajaban en estos centros y en la Fundación Jimenez Diaz había un total de 18 psiquiatras y 10 psicólogos frente a los 14 y 6 actuales. Igualmente en Torrejón en el momento de su privatización se perdieron un 20% de profesionales. Hay una especial carencia de profesionales de enfermería o trabajadores sociales en las consultas ambulatorias.

6.5- La rentabilidad en la actividad ambulatoria. Como hemos dicho antes estos hospitales consiguen parte de sus beneficios a través de la facturación intercentros. En el caso de Salud Mental lo más rentable es la evaluación (120 € por consulta) o las consultas de alta resolución (160 €). Este es el motivo por el cual en las consultas de estos hospitales se prima por encima de todo ver pacientes nuevos (entre 15-20 semanales), que son evaluados en huecos de media hora. De esta manera, a través de Call Center, captan pacientes de zonas de influencia cercana

que luego facturan al SERMAS. Sin embargo el problema del tratamiento posterior es aun peor que en los centros públicos con citas mucho más espaciadas y tiempo para las revisiones de 15 o 20 min en el caso de los psiquiatras y con un control férreo de las agendas.

7- LA RED DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE.

La mayoría de los dispositivos de rehabilitación psicosocial en Madrid y recursos de atención social (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día de Apoyo Social y Comunitario, Centros de Rehabilitación Laboral, Minirresidencias y Equipos de Apoyo Social y comunitario) dependen de un programa específico de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Esta dependencia de servicios sociales en vez de considerarse recursos sanitarios ha tenido sus pros y sus contras. Entre las fortalezas de esta red de dispositivos señalaremos los siguientes.

- Existencia de un verdadero plan estratégico (Plan de Atención Social para Personas con Enfermedad Mental Grave y Dura) durante los años 2003-2008⁶, que permitió el desarrollo de una red de dispositivos rehabilitadores y sociales bastante equitativo entre las distintas áreas sanitarias y que son uno de los pilares de la atención de las personas con problemas de salud mental más graves.
- Una atención que sigue siendo gratuita y territorializada pese a los cambios en sanidad.
- Un acceso a las prestaciones que se realiza a través de los programas de continuidad de cuidados de los centros de salud mental formado parte de un plan de tratamiento coordinado a nivel local.
- Fuerte liderazgo de los responsables del programa que han conseguido mantener la filosofía del programa y establecer criterios de evaluación y mejora.

Sin embargo también han existido una serie de debilidades:

- Durante los años del vigencia del Plan se produjo un importante crecimiento de recursos, que **se ralentizó a partir de 2008**. A día de hoy el número de plazas, sobre todo de cuidados residenciales sigue siendo insuficiente, en un momento en que el envejecimiento de muchos de los cuidadores exige una mayor inversión.

- Además, uno de los principales problemas, es que no se planificaran acciones conjuntas con la Consejería de Sanidad respecto a las necesidades asistenciales de los pacientes. **No ha existido nunca un Plan Estratégico de Salud Mental común para las dos redes.**

- **Las necesidades de recursos residenciales con distinto grado de supervisión.** No se han planificado conjuntamente de tal manera que no hay un estudio serio de cuáles son las necesidades de camas de larga estancia, de unidades de rehabilitación o de recursos residenciales sociales. Se anuncia por parte de sanidad la próxima apertura de 100 camas de larga estancia en hospitales psiquiátricos sin que se haya evaluado si esta necesidad se debe a la falta de otros recursos residenciales o de tratamientos comunitarios previos más intensivos.

- **Programas de continuidad de cuidados comunitarios para pacientes graves.** La inacción de la Consejería de Sanidad en el desarrollo de determinados programas o prestaciones se intenta suplir en ocasiones con actuaciones del Plan de Servicios Sociales sin que sean equivalentes. Es el caso de los Equipos de Apoyo Social y Comunitarios (EASC) que parecerían sustituir los programas asertivos comunitarios (seguimientos activos en la comunidad de los pacientes más graves) que deberían desarrollarse desde los centros de salud mental.

Recortes presupuestarios y cambios en el modelo de financiación de la Red de Atención Social, una amenaza a la red.

Todos los recursos de la Red de Atención Social son gestionados por entidades privadas a través de conciertos o concesiones administrativas. Las entidades deben ajustarse a unos pliegos de prescripciones técnicas y administrativas que definen el perfil de la población a atender, los objetivos, la metodología, los recursos humanos y materiales necesarios y las condiciones de solvencia que deben tener las entidades para prestar los servicios. Esto establecía una diferencia clave frente a otras formas de gestión privada, en las que no se determina a priori las exigencias de calidad del servicio y el personal necesario para llevarlo a cabo. El precio de este modelo de gestión privada son las condiciones laborales de los profesionales. Hasta ahora se trataba de un mercado muy controlado y supervisado en que las entidades gestoras (Asociaciones, fundaciones, empresas, congregaciones religiosas) contaban con gran experiencia en el sector y no se veían amenazadas por empresas de servicios que ofrecieran prestaciones más económicas y de peor calidad. Sin embargo en los últimos años los recortes presupuestarios (una

reducción cerca de un 5% anual desde 2012) han amenazado la viabilidad de la red y obligado a introducir una serie de cambios en la forma en que se financian que suponen una amenaza a la calidad de la atención:

1-Ofertas económicas a la baja. Si en los inicios del desarrollo de la Red de Atención Social para personas con enfermedad mental los criterios técnicos tenían mayor peso relativo que la oferta económica a la hora de adjudicarse el contrato esto se ha ido paulatinamente revertiendo. Por ejemplo en las últimas adjudicaciones mediante modalidad de concesión (empresas cuya actividad la realizan en edificios propiedad de la Comunidad de Madrid) los criterios económicos han sido lo determinante, teniendo las empresas que reducir costes para poder mantener la concesión y evitar de esta manera la irrupción en este mercado de empresas sin experiencia y que ofrecen prestaciones de baja calidad. Está por ver cómo afectará a la atención.

2-Nuevo acuerdo marco para la financiación de los centros en la modalidad de concierto (centros con edificio propio).

Se firma a finales de 2013 y modifica la fórmula anterior, según la cual, se asignaba un presupuesto en función de las necesidades particulares de cada proyecto (p.e. un precio diferente dependiendo del coste de mantenimiento del local según la zona en la que estaba ubicado, o de las mejoras en recursos humanos, materiales y servicios que se pudieran ir incluyendo en función de la experiencia previa). En la actualidad se establece un **precio plaza ocupada/día** diferente en función del tipo de recurso (todas las plazas concertadas en residencias tienen el mismo precio, las de Centro de Día tienen otro, etc.). Si bien los responsables del Programa consideran que se ha salvado la Red en un momento de dificultades presupuestarias este nuevo acuerdo marco basado en la ocupación tiene una serie de consecuencias (que ya analizamos con mayor profundidad en un informe reciente)⁷:

- La mayoría de las entidades (son pocos los recursos cuyo presupuesto está por debajo del precio/plaza ocupada) a plantearse medidas para reducir costes, sobre todo de personal.
- Se prima la oferta económica más baja en los conciertos.
- Se establecen ratios de plantillas menores a las actuales.
- Se colocan en primer término dos variables: la rentabilidad económica de la atención al usuario, y la idea de la asistencia como medida del correcto uso del recurso; que si bien siempre han estado presentes, hasta ahora no habían condicionado de manera determinante el proceso de rehabilitación. Los pacientes más graves tiene más dificultades de vinculación y asistencia y por tanto son menos rentables.

REFERENCIAS:

- 1- Plan Estratégico de Psiquiatría y Salud Mental 2010-2014. Dirección General de Hospitales. Comunidad de Madrid.
- 2- Actividad de los Centros de Salud Mental y Recursos Humanos en 2012. Documento interno de la Oficina de Coordinación de Salud Mental de Madrid.
- 3- Tabla de precios públicos de la asistencia sanitaria.
- 4- Sobre la integración en Atención Especializada. Boletín de la AMSM Otoño de 2004. <http://amsmblog.files.wordpress.com/2012/05/2004-octubre.pdf>
- 5- Hacia un modelo de organización y funcionamiento integrado de la Red de Salud Mental. AMSM 2010. <http://amsm.es/2010/02/06/hacia-un-modelo-de-organizacion-y-funcionamiento-integrado-de-la-red-de-salud-mental/>
- 6- Plan de Atención Social para Personas con Enfermedad Mental Grave y Persistente 2003-2008. Consejería de Servicios Sociales de Madrid.
- 7- Informe sobre el Acuerdo Marco para la financiación de los Recursos de Rehabilitación en la modalidad de concierto. Boletín de la AMSM numero 35. 2013.

colaboraciones

TRABAJAR HACIENDO POSIBLE LO IMPOSIBLE

Amaia Vispe Astola, Marlene Socas Socas, Yaiza Gordillo Díaz,
Isabel Delgado Moreno, Dacil Rodríguez González.

Esto no sólo es un artículo, es una declaración de intenciones porque como escribimos, miramos y como miramos, actuamos. Tenemos que ser honestas con nosotras mismas y contar que no toda nuestra práctica clínica se ve reflejada en este artículo y que a veces desviamos “miradas” hacia otras más normativas pero que sepan que estamos en el camino y que seguimos aprendiendo.

En este artículo no vamos a explicar cómo se organiza el recurso comunitario en el que trabajamos. Lo que queremos es explicar nuestra filosofía de trabajo, la forma que tenemos de “mirar” a las personas para las que trabajamos, y cuáles son nuestras fuentes. Pensamos que los recursos no se pueden exportar pero sí la filosofía de trabajo.

Nosotras, como muchos de los profesionales de nuestro entorno, venimos de tradiciones modernistas, de modelos normativos que consideran que existe una realidad objetiva y aprehensible en la que encontrar lo patológico. Donde el profesional se sitúa como el experto y la persona como el receptor pasivo de indicaciones, ya que considera que existe una realidad catalogable como normal o anormal y donde se emplea el diagnóstico como determinación de lo que no funciona. Investiga etiologías otorgando importancia a un pasado como origen del problema y



Fuente: Boris Artzybasheff

empleando la metáfora del inconsciente dando lugar a un contexto de sospecha y justificando la interpretación de la vida de las personas.

No son sólo las ideas de los modelos normativos de los profesionales las que provocan la cronificación de conductas problemáticas para la persona o para su entorno, sino la excesiva lealtad del profesional con su modelo teórico y su impacto en la manera de entender los hechos e intervenir. Su papel en la creación de casos imposibles es tan poderoso como la formulación de etiquetas diagnósticas. Nosotras tenemos claro que la idea que tengamos sobre la concepción global de la condición humana y del cuidado que sostenemos como profesionales de la salud mental, evidentemente afecta en los resultados de nuestras intervenciones. Con esto no queremos decir que el mantenimiento de un modelo teórico sea en sí negativo, sólo puede llegar a serlo si se aplica de una manera fanática. Lo que queremos decir es que los modelos teóricos sólo son lentes potencialmente útiles siempre y cuando respeten el punto de vista de las personas, y abogamos por que esos modelos posean diferentes cristales, monturas y graduaciones para permitir una diversidad de enfoques.

Milton Erikson dijo que la lealtad teórica puede conducir a una simplificación excesiva con relación al paciente, a negarse a nuevas posibilidades de cambio y a promover la inflexibilidad técnica. Es la clásica historia del que teniendo sólo un martillo no podía evitar ver todas las cosas como si fueran clavos y tratarlas en consecuencia.

Pero centrándonos en la imposibilidad, ésta históricamente se ha atribuido siempre al paciente y muchas veces el camino hacia un caso imposible se abre desde la misma expectativa de imposibilidad. De la mano de Chema Rodríguez de Castro exponemos algunas de estas ideas (quizás les suene alguna):

Ideas Imposibilitadoras

- “Nunca se recuperarán de un Trastorno Mental Grave”.
- “No hay nada que puedan hacer por sí mismos”.
- “No pueden hacer ningún cambio significativo respecto a sus problemas o sus vidas”.
- “Necesitarán ser medicados para el resto de su vida”.

Ideas Invalidantes y Desautorizadoras

- “Los clientes y sus familias no saben NADA acerca del Trastorno Mental Grave, necesitando ser adiestrados por expertos en Salud Mental”.
- “Los Trastornos Mentales Graves son exclusivamente trastornos cerebrales y el único remedio efectivo es la toma de medicación de por vida”.
- “Los profesionales sabemos lo que conviene hacer al paciente o a su familia respecto a múltiples aspectos de sus vidas”.

Ideas Culpabilizantes

- “La familia ha causado el Trastorno Mental Grave”.
- “Los pacientes y su familia presentan resistencias”.
- “Los pacientes representan papeles y realmente no quieren cambiar”.
- “Algunos actos de los pacientes son búsqueda y demanda de atención”.
- “Algunos actos de los pacientes son manipulaciones en busca de beneficio”.

Ideas Desresponsabilizadoras

- “Las personas enfermas son incapaces de controlar o cambiar su conducta”.
- “La conducta del paciente queda determinada por el Trastorno Mental Grave”.

Una vez puesta en marcha la expectativa de que el caso es difícil, dicha expectativa puede ser sorprendentemente inamovible, quedando la persona “desindividuada” y terminando por ser equivalente a su etiqueta. Una vez ocurrido esto, los profesionales distorsionamos la información recibida para ajustarla a dicha expectativa sin ser conscientes de ello. Es decir, dejándonos llevar por nuestra rutina profesional podemos estar transformando un caso con buenas expectativas en uno totalmente perdido.

El “paciente imposible” es ya un individuo instalado en nuestra compasión, atrapado en sus quejas e inmune a procedimientos y técnicas más sofisticadas.

Cosmovision: nuestra manera de “mirar”

- **Trabajamos para supervivientes, para veteranos de las intervenciones psiquiátricas/psicológicas. Trabajamos según las teorías de las personas. Vemos al psiquiatrizado como un héroe en el “drama de la terapia” y creemos, que no sólo dispone de todo lo necesario para resolver sus problemas, sino que puede que haya empezado a hacerlo o tenga una buena idea de cómo conseguirlo.**

Son veteranos en la lucha por una vida mejor. Desafortunadamente, esos veteranos de la tristeza han sido frecuentemente maltratados por el sistema sanitario y perciben a los profesionales como personas que no tienen en cuenta sus deseos, no dan crédito a su malestar e incluso no creen en sus desgraciadas historias. Llamarlos veteranos nos ayuda a verlos de nuevo como seres humanos.

Estamos convencidas de que las personas mantienen sus propias teorías acerca de su psicología, las dificultades que experimentan y su situación vital (Duncan y otros, 1992). Preguntar por ellas, validarlas y compartir una narración coherente con las personas hace que éstas pasen de ser “crónicos” y “graves” a “supervivientes” y “veteranos”.

- **Nos centramos en los recursos y habilidades de las personas, más que en sus limitaciones. Sabemos que dentro de ellos hay una teoría de cambio que espera ser descubierta. Tienen capacidades innatas para crecer, poseen puntos fuertes, habilidades, recursos e ideas.**

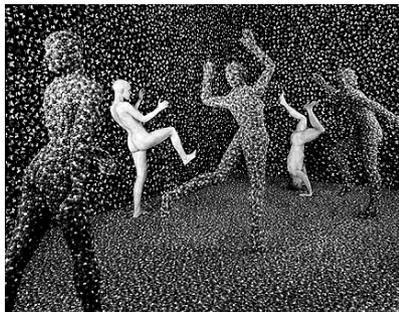
Nos centramos en los recursos de las personas más que en sus déficits, en sus fuerzas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones. Porque ellos nos enseñan cómo trabajar y cómo resolver los dilemas que les ayuden a centrar su atención en crear expectativas para el cambio. Nosotras estamos convencidas de que todas las personas disponen de habilidades y recursos que pueden usarse para resolver problemas. Es nuestra tarea acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas.

Estamos más preocupadas por trabajar desde las capacidades y fortalezas que desde las debilidades y dificultades, pasando de un enfoque de riesgo, a otro enfoque basado en el desafío y en las potencialidades. Si preguntamos por fortalezas e historias de éxito, éstas aparecerán y terminarán convirtiéndose en el motor del cambio que se moverá también en esa misma dirección, positiva y apreciativa (Coperrider y Whitney, 2005).

- **Los vemos sanos y capaces.**

Las personas no son el problema, el problema es el problema. Gracias a autores como White y Epson, su visión narrativa de la vida nos ha ayudado a creer que las personas pueden recobrar la convicción de que puede controlar su vida mediante la definición conjunta del problema y atribuirlo a factores externos que influyen sobre la persona más que a factores intrínsecos o “síntomas de avería”.

Nosotras trabajamos con la convicción de que sí los vemos sanos y capaces, y utilizamos un lenguaje que representa esto que pensamos, construimos junto a ellos historias alternativas a enfermedad, a cronicidad, a incapacidad...



Fuente: www.rinconpsicologia.com

- **Admitimos que el cambio en la persona es constante y nos comportamos como si fuera inevitable y contagioso.**

Si admitimos que el cambio es constante, nos comportaremos como si fuera inevitable. Un pequeño cambio en una parte del sistema produce cambio en otra. El feedback es circular, lo que hacemos repercute inexorablemente en los otros y viceversa, porque el cambio es contagioso, crea un efecto de onda expansiva en el resto.

La cooperación y el cambio son inevitables, cualquier cosa que la persona nos muestre puede ser reencuadrada para generar un cambio.

La cooperación asegura una visión sistemática e interactiva y nos proporciona mucho espacio para instaurar relaciones positivas, incluso con pacientes que tienen fama de ser resistentes a los tratamientos. La Terapia Breve Centrada en Soluciones nos facilita reconocer el valor del feedback positivo y valorar positivamente la importancia de los cambios pequeños y también es más fácil ver los resultados.

- **Creemos que cada uno de ellos tiene una forma única de cooperar, y que nuestra tarea es identificar y utilizar esa manera de cooperación.**

Cooperación, cooperación, cooperación, hacia sus objetivos, desde su postura, con su lenguaje (Beyebach, 2005).

- **Pensamos que es importante reconocer y validar lo que la persona ha estado pensando y sintiendo.**

La validación incluye incluso respetar la validez de ideas y conductas muy inusuales. Pero la validación no nos debe constreñir a pensar que la historia de la persona es la única explicación posible de la situación. La validación de perspectivas permite generar nuevas ideas. Las personas, normalmente, después de darse cuenta de que no hay necesidad de defender o discutir sobre la validez de una posición o "idea delirante", suelen abandonar aquellos aspectos de sus creencias que no son de utilidad. La validación le concede a la persona espacio y comodidad para encontrar maneras de solucionar sus problemas guardando las apariencias.

- **Aprovechamos los periodos libres de problema porque éstos también existen.**

Bateson dijo: "la unidad elemental de información... es una diferencia que hace una diferencia" (1972), dice que una diferencia a lo largo del tiempo es un cambio. Estas ideas son una

base importante para nuestro trabajo. Las preguntas que buscan las diferencias, que causan diferencias, son las que se centran en los cambios.

Nosotras pensamos que las personas son ricas en experiencias vividas y que sólo una parte de estas experiencias pueden relatarse pero que gran parte de ellas quedan fuera del "relato dominante" acerca de las vidas y las relaciones de las personas. Siguiendo a White, estos "acontecimientos extraordinarios" constituyen una fuente llena de riqueza y fertilidad, para la generación de relatos alternativos. Los "relatos dominantes" se ponen en marcha una vez que la persona es diagnosticada. Nosotras intentamos no ignorar los acontecimientos extraordinarios en la vida de las personas y así mirar y que se miren de otra manera.

- **Sabemos que la persona desmotivada no existe.**

Es posible que no comparta nuestra motivación, pero no hay duda de que posee la suya y es muy fuerte. Es por esto que damos muchísima importancia a sus objetivos personales. Protegiendo en todo momento su dignidad. Sus objetivos nos proporcionan una visión clara de la teoría de la persona y una ruta hacia una conclusión satisfactoria.

Cambio: nuestra manera de intervenir

- **No tenemos prisa.**

Nos gusta aplicar la máxima castellana del "vísteme despacio, que tengo prisa" (Beyebach, 2006), salvo que sean las personas quienes insistan en acelerar el ritmo. Una tarea demasiado exigente puede llevar a las personas al fracaso y, por consiguiente, hacerles sentir desmoralizados o incluso humillados.

- **Identificamos a la persona como la parte más importante del proceso de cambio. Destacamos de la persona sus fuerzas y habilidades, por encima de sus déficits y debilidades.**

Descubrir las propias capacidades y habilidades, de los propios intereses y éxitos, y así sucesivamente, representa no sólo una excelente técnica de enganche sino también evidencia los puntos fuertes tanto de las personas como de sus familiares.

Desde este punto de vista, nuestro trabajo es más un proceso de construcción de soluciones que de solución de los problemas. Este enfoque ofrece a las personas y a nosotras pistas para

encontrar y utilizar las soluciones. Cuando se sienten estancados, hay veces que las personas no se dan cuenta de lo capaces que son, ni tampoco de que muchas veces han resuelto los problemas ellos solos. Nuestro rol se convierte, simplemente, en situarles en la dirección justa con el fin de que después puedan hacer algo respecto a sus vidas (Ulivi, 2000).

- **Exploramos su mundo, descubriendo nuevas posibilidades, haciendo posible lo imposible. Validar hace que lo imposible se convierta en probable.**

En la bibliografía experimental relacionada con la memoria encontramos una confirmación de la importancia del proceso conversacional. La memoria ya no se entiende como un sistema archivador de recuerdos separados de determinados episodios. La memoria es un proceso que incluye fragmentos de información que son continuamente interpretados y reconstruidos durante el transcurso del recuerdo. Los recuerdos y sus significados no son estáticos, sino que se trata de recreaciones en constante evolución (Rosenfield, 1988).

Las personas cuentan a los profesionales sus experiencias, y por lo tanto las reconstruyen una y otra vez, haciendo posible que aparezcan maneras alternativas de entenderlas. Cada articulación de lo que le preocupa a la persona presenta una oportunidad de experimentar de otra manera las preocupaciones. Muchas veces, al conversar se presentan nuevas conexiones o conclusiones que permiten un nuevo curso de acción.

- **Respondemos con flexibilidad.**

Usamos teorías que promueven la mejora, ayudan a las personas a conseguir sus objetivos y proporcionan espacio para ser cuestionadas tanto por parte de los profesionales como por parte de las personas a las que atendemos. Sabemos que la teoría perfecta no existe. Utilizamos aquella que resulte más aplicable a nuestro veterano. Nos colocamos en una posición de igualdad, intentando mostrar un compromiso en la ayuda o alivio del malestar de las personas.

- **Mantenemos una mente fresca, como de principiante.**

Esta postura nos permite no hacer “más de lo mismo”, es decir, considerar cada conversación como única, atentos a lo que sucede en el aquí y ahora.

Desafortunadamente, suele ocurrir que, a pesar de las mejores intenciones, la experiencia nos conduce a mantener una técnica

o un método determinado, aunque en realidad la relación haga aguas. La experiencia, en estos casos, es una espada de doble filo. Lo que uno gana en práctica y convicción lo pierde en flexibilidad y apertura.

- **Somos cálidas, mostramos interés, nos implicamos y tenemos actitud de ayuda... pero no somos las *POM POM GIRLS*.**

“Si yo tuviese que desear algo, no desearía riquezas ni poder, sino la pasión de la posibilidad, el ojo que en todas partes ve la posibilidad eternamente joven, eternamente ardiente. El placer decepciona, la posibilidad no” (Soren Kierkegaard).

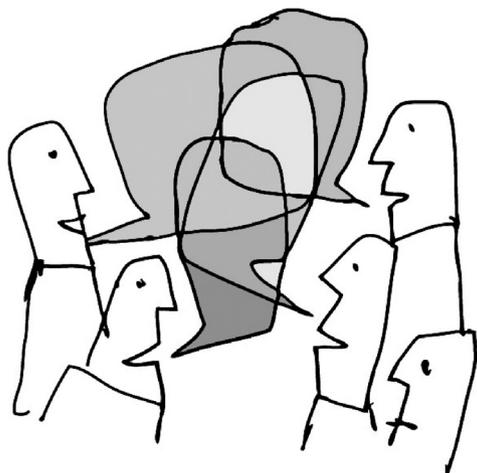
Porque intentamos tener un pensamiento posible, y esto es básicamente una forma de mirar la vida, apreciando lo que nos rodea. Es actuar con asertividad. En el trabajo dejamos de suponer un problema tras otro para convertirlo en una oportunidad para aprender y crecer. Nuestra narración sobre lo que vivimos pasa a ser optimista y positiva. Contamos lo mejor y nos centramos en hacerlo crecer. Implica salirnos del ciclo del miedo, la tristeza y la compasión para pasar a comprender al otro desde el reconocimiento y el amor, la valentía y la alegría. Los miedos son el enemigo de la creatividad. El pánico paraliza.

- **No hacemos ningún intento de negar la realidad, la tomamos como auténtica, porque sabemos que no necesitamos ser un policía de la realidad.**

Nosotras no tenemos como objetivo el revelar una realidad. Tenemos la creencia de que existen múltiples “realidades” y múltiples significados de la misma. Y nuestras preguntas no son herramientas para obtener información sino instrumentos para conseguir el cambio.

- **Tomamos con reserva las notas o informes clínicos de otros terapeutas. Sabemos que es mejor acercarse a la persona sin ideas preconcebidas, atentos a nuevas oportunidades.**

Las palabras poseen el poder de inducir reacciones emocionales intensas. En los profesionales relacionados con la salud mental usamos otras palabras que, sin ser propiamente nombres, denominan condiciones clínicas, síntomas o demandas. Muchos de esos nombres tienen el poder de inducir fuertes emociones, “esquizofrenia”, por ejemplo, o el término “*border-line*” (personalidad límite), tan comúnmente utilizados, constituyen buenos ejemplos de ellos. Para los profesionales, esos



Fuente: www.psyciencia.com

nombres suelen despertar aprensión, tensión y preocupación. También pueden provocar la anticipación de la imposibilidad.

No es muy realista esperar que los profesionales puedan (o deban) insensibilizarse ante las palabras y experiencias que evocan emociones. Pero sí existen determinadas acciones que se pueden adoptar para aplacar los aspectos más provocativos de los diagnósticos. A estas acciones les llamamos *tomarse el pulso*.

El objetivo de tomarse el pulso es resistir la **ansiedad**, la **urgencia**, el **pesimismo** y la **sobreabundancia de responsabilidad**. Estos estados de ánimo contribuyen a la predicción o anticipación de la imposibilidad. Las teorías, especialmente las que evocan ideas de patología, trastorno y disfunción, actúan como lentes poderosas que enfocan la atención de los profesionales y curiosamente, aunque las disciplinas de la psiquiatría, la psicología, la enfermería y el trabajo social dicen promover la salud y las competencias, tradicionalmente han rendido culto a la incompetencia de las personas (Miller y otros, 1997). Y es a través del etiquetamiento diagnóstico desde donde se realiza el despliegue de atribuciones, es decir, no importa lo decidido que esté el profesional en observar a la persona con objetividad, en un momento dado aplicará las características y cualidades que define la teoría con la que trabaja.

Sólo tenemos que leer con determinación cómo habla el DSM-IV o cualquier informe sobre un caso. Es muy difícil encontrar algo respetuoso o amable. No suele haber ninguna mención a algún aspecto positivo o a algo que haga bien.

- **Nosotras no entrevistamos, conversamos, porque la conversación predispone al otro para la participación en su proceso.**

Nosotras entendemos que una intervención es bastante más que un mero formular propuestas o entregar pautas de actuación. Una buena actuación es mucho más que una suma de buenas tareas. De hecho, desde nuestro punto de vista la intervención ideal es aquella en la que el profesional ni siquiera tiene que ofrecer pautas, porque les habrá ayudado, en el transcurso de la conversación, a que ellos descubran qué quieren y pueden hacer respecto a los temas que les preocupan (Beyebach, 2006).

Explorar el mundo del cliente nos brinda la oportunidad de descubrir nuevas vías de acción. Conversar no sólo crea la posibilidad de cambio, también define la intervención como un acto empático, comprensivo y validante, comprometido con los objetivos personales de la persona, lo cual es quizá lo más importante.

La conversación es un evento interpersonal que vincula la técnica con las percepciones de las personas sobre la relación y su teoría de cambio.

- **Sabemos que somos los que sugerimos y la persona, la que elige.**

De Shazer (1984) tras su “declaración de la muerte a la resistencia” asume y con esto nos enseña que las personas quieren cambiar realmente. Su punto de vista es que no existe la resistencia (especialmente cuando no esperamos que la haya). Es verdad que las personas no siguen siempre nuestras sugerencias, pero esto no lo consideramos resistencia. Cuando esto ocurre, simplemente nos están enseñando cuál es el método más productivo y que mejor encaja para ayudarles a cambiar.

CONCLUSIÓN

Con los veteranos es crucial ir más allá de las etiquetas diagnósticas, porque detrás de cada una de ellas se esconde una invalidación, y ésta, cuando se hace crónica, se convierte en imposibilidad.

El arma más potente para superar la imposibilidad es la creencia de que puede hacerse. Esta convicción o expectativa de éxito se manifiesta en nuestra confianza en la persona y en la inagotable fe en la alianza terapéutica.

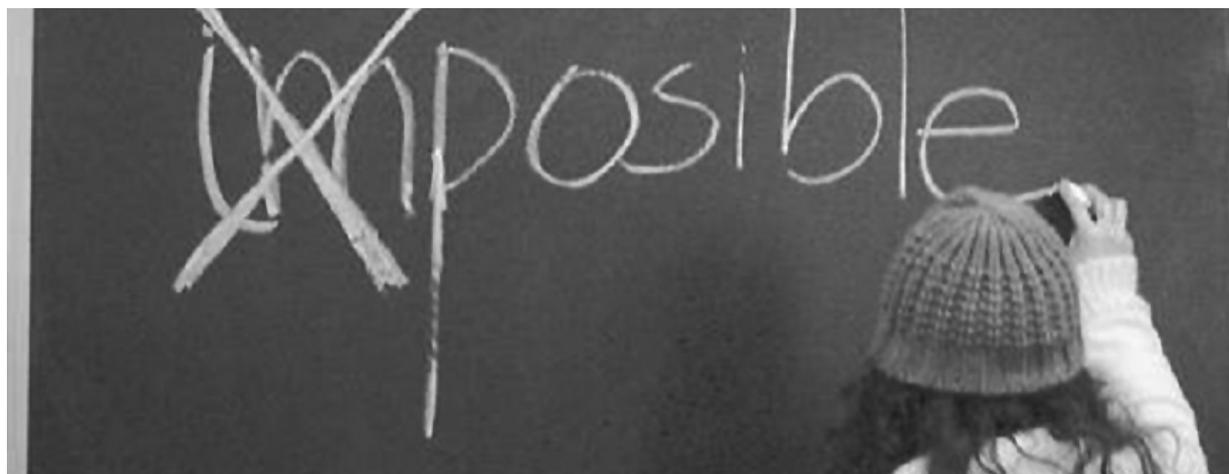
Aprovechando la oportunidad que nos brindan de ser “escuchadas” queremos decir que desde la libertad somos capaces de pensar, experimentar y expresar nuestros pensamientos y sentimientos, sin ser condicionado por factores externos ni por las tendencias negativas de nuestro sistema sanitario, sin causar dolor y sin tener miedo a ser rechazadas. Queremos agradecer a todas las personas que nos han ayudado en este camino de pensar y actuar en libertad. Cada día nos brindan la oportunidad de escoger qué pensar y sentir en cada momento y cómo responder en cada situación. Sabemos que nuestras creencias nos limitan, nuestro pasado nos condiciona y nuestros miedos nos impiden vivir nuestros sueños más profundos, y a pesar de ello y por ello, estamos decididas a permanecer al lado de las personas para recordarles que pueden ser libres. Estamos decididas a participar proactivamente en la generación de posibilidades y alternativas; a crear y construir un futuro a partir del presente; recuperar y construir las relaciones de maneras innovadoras, produciendo posibilidades, identidades y relaciones emergentes. Reconocer la diversidad en lo aparentemente habitual. Y colaborar, expresarse, recuperar recursos implícitos, escuchar lo dicho y expandirlos, ser escuchados, compartir y construir juntos.



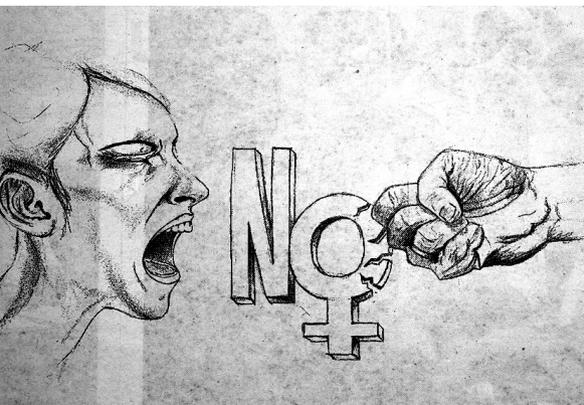
Fuente: www.sabarca.cat

BIBLIOGRAFÍA

- Barry L. Duncan, Mark A. Hubble, Scott D. Miller. Psicoterapia con casos “imposibles”. Ed. Paidós, 2003.
- Beyebach M. 24 ideas para una psicoterapia breve. Ed. Herder, 2008.
- W. Hudson O’Hanlon, M. Weiner-Davis. En busca de soluciones. Ed. Paidós, 1990.
- Payne, M. Terapia narrativa. Ed. Paidós, 2000.
- Fisch R, Weakland JH, Segal L. La táctica del cambio. Ed. Herder, 1984.
- Subirana M, Cooperrider D. Indagación apreciativa. Ed. Kairos, 2013.
- Haley J. Terapia para resolver problemas. Ed. Amorrotu, 2008.
- Beyebach M, Herrero de Vega M. 200 tareas en terapia breve. Ed. Herder, 2010.
- García Hernández, MD. Narrativa y resiliencia: el poder de las palabras, *Revista de Servicios Sociales y Política Social, Consejo General del Trabajo Social*, 67-80, 2010.
- Gergen KJ, Gergen M. Reflexiones sobre la construcción social. Ed. Paidós Ibérica, 2011.



Fuente: batallante.blogspot.com



Fuente: www.denia.com

VIOLENCIA DE GÉNERO: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES EN POBLACIÓN QUE CONSULTA EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y EN PROFESIONALES SANITARIOS

Paula García Jorge ¹; Laura Moreno Fernández ²; Sandra Muñoz Sánchez ³;
Laura Portabales Barreiro ⁴; Cristina Polo Usaola ⁵; Marisa López Gironés ⁶;
Marta Magán López ⁷

RESUMEN

A través del presente trabajo hemos querido aproximarnos al conocimiento y actitudes sobre temas relativos a la violencia de género (VG) en la población. A pesar de que la introducción de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de protección Integral contra la VG¹ supuso un aumento en la visibilización de la VG en la población general y de la formación en profesionales sanitarios, diferentes trabajos muestran que en los últimos años se están desarrollando nuevas formas de sexismo a partir creencias falsas (mitos y neomitos), sostenidas de forma amplia que pretenden minimizar el problema de la VG². Otros artículos han constatado porcentajes bajos en cuanto a conocimientos sobre VG entre los profesionales de la salud y entre población general.

Metodología: Durante un periodo de tres meses se aplicó un cuestionario autoadministrado con un total de 17 preguntas protocolizadas a las personas que acudieron a Servicios de Salud Mental como pacientes y como acompañantes y a profesionales sanitarios a fin de conocer los conocimientos y actitudes sobre VG. En el protocolo se incluyeron dos preguntas de la versión corta del WAST (test de cribado para detección de VG). Los resultados muestran que en la mayoría de las cuestiones evaluadas, los conocimientos y opiniones sobre el tema no difieren de forma significativa entre pacientes, población general y profesionales sanitarios. El test de cribado WAST mostró resultados similares entre las profesionales y el resto de mujeres encuestadas.

Palabras clave: Violencia de género, WAST, conocimientos VG, mitos VG.

ABSTRACT

Through this work we want to approach to the knowledge and attitudes on issues related to gender-based violence (GBV) among people. Although the introduction of the Organic Law 1/2004 on Comprehensive protection VG¹ was an increase of visibility of the VG in general population and health professionals training, different studies show that in recent years new forms of sexism are developing from false beliefs (myths and neomyths) held broadly that intend to minimize VG problem². Other studies have found low percentages in knowledge on GBV among health professionals and among general population.

Methods: During a period of three months, a self-administered test of 17 questions was applied per protocol to people attending Mental Health Services, patients and companions, and to health professionals in order to learn the knowledge and attitudes about GBV. Two questions from the short version of WAST (screening test for detection of VG) were included in the protocol. The results show that most of the issues evaluated, knowledge and opinions on the subject did not differ significantly between patients, general population and health professionals. The WAST screening test showed similar results in professional women and the rest of women surveyed.

Key words: Gender violence, WAST, Knowledge GV, myths GV.

¹ Residente de Psiquiatría, Hospital Ramón y Cajal; ² Residente de Psiquiatría, Hospital Ramón y Cajal; ³ Residente de Psiquiatría, Hospital Rodríguez Lafora; ⁴ Residente de Psicología Clínica, Hospital Ramón y Cajal; ⁵ Médico Psiquiatra Centro de Salud Mental de Hortaleza; ⁶ Psicóloga clínica Centro de Salud Mental de Hortaleza; ⁷ Auxiliar de Enfermería Centro de Salud Mental de Hortaleza.

Contacto

Paula García Jorge
HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL
C/Carretera de Colmenar KM 9,1. 28034, Madrid
paulagarciajorge87@gmail.com

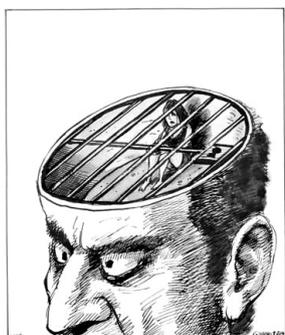
INTRODUCCIÓN

Desde hace varias décadas en España se ha producido una visibilización social significativa de la violencia de género que ha incluido campañas de información y concienciación a la población general, a raíz fundamentalmente de la implantación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género¹.

Se ha observado en múltiples estudios que las creencias y actitudes más tolerantes constituyen uno de los factores de riesgo socioculturales de mayor peso para que ocurra esta forma de maltrato^{2,3}. Es por ello especialmente preocupante la llamada de atención que están realizando algunos autores⁴ en relación con el surgimiento de nuevos modelos de machismo entre los que se encuentran la idea de que están proliferando las denuncias falsas, que las leyes criminalizan a los hombres y que se está sobredimensionando la importancia de la violencia de género.

A pesar de que desde 1996 la OMS considera la VG como un problema de salud pública, algunos estudios recientes en nuestro medio, muestran que hasta un 20% de profesionales de la Salud Mental no lo consideran como tal. Este mismo estudio indica que aunque el 95% de los profesionales considera importante el tener un protocolo de actuación en los casos de VG, sólo un 19% lo conocen dentro de su centro de trabajo y tan sólo el 13% lo han aplicado alguna vez⁴.

Datos como los presentes nos llevan a considerar la importancia de conocer la formación que tienen los y las profesionales de la salud y la población general en el ámbito de la Violencia de Género a través de revisar mitos, creencias y actitudes en esta forma de violencia². Los datos encontrados en la literatura y los obtenidos en nuestro estudio pueden ayudarnos a planificar estrategias de actuación en pro de mejorar la prevención y el abordaje de estos casos.



Fuente: www.elpais.com

OBJETIVO Y MÉTODO

El objetivo del presente trabajo es aproximarnos al conocimiento y actitudes sobre la violencia de género que tienen las personas que acuden a Servicios de Salud Mental y los y las profesionales sanitarios. Para ello, la semana coincidente con la conmemoración anual del Día Contra Violencia de Género (25 de noviembre) se diseñó un cuestionario autoadministrado, compuesto por un total de 17 preguntas protocolizadas referidas a diversos aspectos relacionados con dicha cuestión:

- 5 preguntas evaluaban conocimiento de conceptos y de recursos en relación con la violencia de género y doméstica. (Estas preguntas se basaron en un cuestionario usado en población consultante de Atención Primaria)⁵.
- 10 preguntas evaluaban grado de acuerdo o desacuerdo con diversos mitos relacionados con la violencia de género (mitos sobre la marginalidad, sobre maltratadores, mujeres maltratadas y neomitó) (Basados con modificaciones en clasificación de mitos de Bosch y Ferrer, 2012)².
- Cuestionario WAST. (Woman abuse screening tool) Se trata de un cuestionario de 2 preguntas que ha sido validado para su uso como cribado en Atención Primaria en población española. La forma de puntuar en versión española consistió en dar una puntuación de 1 a todas las respuestas positivas (alguna o mucha tensión y alguna o mucha dificultad) y una puntuación de 0 a todas las respuestas negativas. La puntuación final oscila entre 0 y 2, considerándose 2 como resultado positivo en el cribado⁶.
- Datos sociodemográficos: edad, sexo, nivel de estudios, estado civil y situación laboral.

Este cuestionario se aplicó a pacientes, acompañantes y profesionales que acudieron al Centro de Salud Mental (CSM). Dicho cuestionario fue además administrado con posterioridad a otros profesionales de la salud en el ámbito hospitalario. Para el análisis de los resultados se usó el programa SPSS versión 16.0.



Fuente: anemapamsambcristinaperez.blogspot.com

RESULTADOS

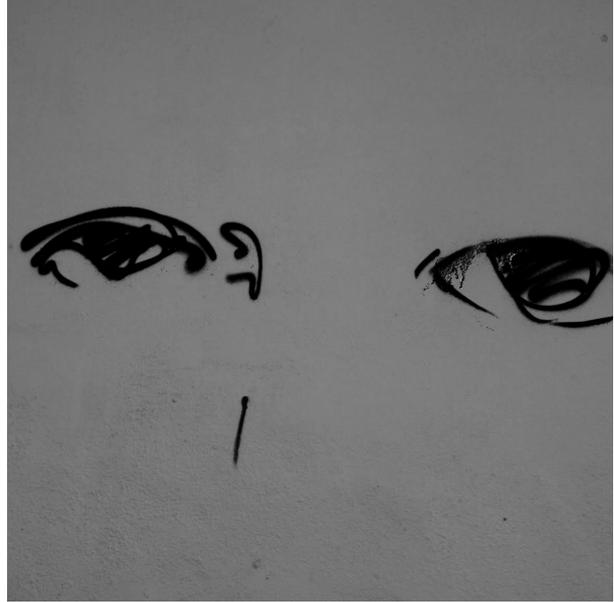
Se cumplimentaron un total de 207 encuestas. Analizando los datos sociodemográficos de la muestra, encontramos que el 59,6% de los encuestados fueron pacientes y acompañantes del CSM de Hortaleza (grupo no profesionales) y el 38,8% fueron profesionales de salud de los hospitales Rodríguez Lafora y Ramón y Cajal (grupo profesionales). Un 62% fueron mujeres, un 38% hombres, siendo la media de edad de 43 años. El rango de edad osciló entre los 17 y los 80 años. Un 83,5% tenían estudios secundarios, títulos medios o superiores, mientras que el 13,4% realizaron estudios primarios. El 61,9% estaban activos laboralmente en el momento de realizar la encuesta, un 14,2% estaban en paro y el 10,7% estaban jubilados. Haciendo referencia al estado civil, un 49,7% estaban casados, 38,7% solteros, 9,4% separados, 1,6% viudos. (Tabla 1).

De acuerdo con la definición de la ONU sobre Violencia de Género (definición que más tarde acuñaría la OMS) en la que se describe la VG como aquella violencia ejercida por el hombre hacia la mujer por el hecho de ser mujer, fue la opción que respondieron un 21% de los encuestados, mientras que un 76% contestaron que era aquella ejercida indistintamente por el hombre o la mujer. No se encontraron diferencias significativas al analizar la muestra entre el grupo de profesionales y no profesionales, así como tampoco al dividirla por sexo. (Tabla 2 y 3)

Ante la pregunta con respuesta múltiple sobre qué situaciones se corresponden con Violencia de Género, un 23% marcaron de forma única la cohibición de la libertad de la pareja dejando sin marcar opciones como lesión física, lesión psicológica o mantener relaciones sexuales en contra de la voluntad de la pareja. Un 57 % optó por la respuesta múltiple.

La mitad de los encuestados conocían a alguna mujer en su entorno que hubiera sufrido algún episodio de violencia de género por parte de su pareja o expareja. Analizando por sexo y de forma significativa, alrededor del 60 % de los hombres no conocían ningún caso de VG, en contraste con el 60% de las mujeres que sí tenían conocimiento de ello. No encontramos diferencias significativas al comparar entre profesionales y no profesionales (Tabla 2 y 3).

Un 55% de las personas encuestadas no conocían ninguna institución a la que acudir. En el grupo de los no profesionales un 40% conocían institución frente a un 55% de los profesionales, no siendo significativa la diferencia. Entre hombres y mujeres no hubo diferencias significativas. (Tabla 2 y 3)



Fuente: josealbertoarias.blogspot.com

Un 19% se mostraron de acuerdo con que la mayoría de los hombres que agreden a sus mujeres lo hacen bajo los efectos del alcohol u otra droga, o bien porque padecen una enfermedad mental, no habiendo diferencias significativas dividiéndolos por sexo ni por profesionales y no profesionales. (Tabla 2 y 3).

El 76% mostraron su desacuerdo con que la mayoría de mujeres maltratadas pertenecen a un nivel social, económico y cultural bajo.

Un 70% se mostraron en desacuerdo con que la mayor parte de las denuncias por Violencia de Género son falsas. No hubo diferencias entre mujeres y hombres tampoco entre profesionales y no profesionales, que contestaron en todos los casos de forma mayoritaria su desacuerdo con la dicha aseveración. (Tabla 2 y 3).

El 47% se mostraron en desacuerdo con que las leyes perjudican más a los hombres en materia de VG. De forma estadísticamente significativa tan sólo el 30% de los hombres se mostraron en desacuerdo, frente a un 57% de las mujeres. No se encontraron diferencias entre el grupo de profesionales y no profesionales. (Tabla 2 y 3).

El 26% de la muestra indicó que el machismo y el feminismo se corresponden con fenómenos similares. Entre las mujeres, un 64% respondieron que se trata de fenómenos diferentes, mientras que sólo un 35 % de los hombres notificaron la diferencia, siendo estadísticamente significativos dichos resultados. No hubo diferencias significativas entre profesionales y no profesionales. (Tabla 2 y 3).

Utilizando el WAST como instrumento de cribado para posibles casos de VG encontramos que alrededor de un 20% de las mujeres dieron positivo, siendo este porcentaje el mismo si analizamos la muestra acotada a mujeres profesionales.

TABLA 1.- Datos sociodemográficos de la muestra

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Sexo	Mujer 62%	Hombre 38%			
Edad	[17-80] ; media 43 años;				
Asiste como	Paciente 42,1%	Acompañante 17,5%	Profesional de la Salud 38,8%	Otros 0,1%	NS/NC 1,1%
Centro asistencial	CSM Hortaleza 71%	Hospital Ramón y Cajal 24,4%	Hospital Rodríguez Lafora 4,4%		
Nivel de estudios	Sin estudios Lee y escribe 3%	Estudios primarios 13,4%	Estudios secundarios 25,8%	Titulados medios y superiores 57,7%	Otros 0,5%
Estado Civil	Soltero/a 38,7%	Casado/a 49,7%	Separado/a 9,4%	Viudo 1,6%	NS/NC 0,5%
Situación laboral	Activo 61,9%	Paro 14,2%	Jubilado 10,7%	Otros 13,2%	

TABLA 2.- Resultados al dividir la muestra entre mujeres y hombres

	MUJERES	HOMBRES	¿Diferencia significativa? (p>0,05)
Definición OMS VG	20%	25%	NO
Conocimiento caso VG	59%	37%	SÍ
Conocimiento Institución	44%	45%	NO
Acuerdo con: "Agresiones justificadas alcohol, drogas, enf. Mental"	20%	21%	NO
Desacuerdo con: "La mayor parte de las denuncias son falsas"	69%	69%	NO
Desacuerdo con: "Leyes perjudican más a los hombres"	57%	30%	SÍ
Acuerdo con: "Feminismo y machismo se corresponden a fenómenos comunes"	18%	37%	SÍ

TABLA 3.- Resultados al dividir la muestra entre no profesionales y profesionales.

	NO PROFESIONALES	PROFESIONALES	¿Diferencia significativa? ($p>0,05$)
Definición OMS VG	22%	24%	NO
Conocimiento caso VG	49%	55%	NO
Conocimiento Institución	40%	55%	NO
Acuerdo con: “Agresiones justificadas alcohol, drogas, enf. Mental”	26%	7%	SÍ
Desacuerdo con: “La mayor parte de las denuncias son falsas”	68%	72%	NO
Desacuerdo con: “Leyes perjudican más a los hombres”	44%	55%	NO
Acuerdo con: “Feminismo y machismo se corresponden a fenómenos comunes”	28%	23%	NO

DISCUSIÓN

Con el presente estudio hemos pretendido aproximarnos al conocimiento y opiniones que se tiene actualmente sobre diversos aspectos de la Violencia de Género, señalando las diferencias existentes entre mujeres y hombres, así como entre profesionales y no profesionales. Hemos comparado los hallazgos que nos parecen más interesantes en nuestro trabajo con aquellos publicados con anterioridad por otros autores.

La mayor parte de los participantes, un 76%, se mostraron en desacuerdo con la afirmación de que la VG ocurra con mayor frecuencia en clases sociales bajas. Como podemos observar en multitud de estudios la violencia de género es universal, ocurre en países de todo el mundo, independientemente de su situación económica, su nivel de desarrollo, su situación geográfica, su régimen político, etc.^{2,7,8,9,10,11}.

Un dato a destacar es que sólo un 21% de nuestros encuestados respondieron de acuerdo a la definición de la OMS sobre violencia de género como aquella ejercida del hombre a la mujer por el hecho de ser mujer, dato que se corresponde con un estudio realizado en Atención Primaria⁹, donde sólo el 18% respondió de la misma forma. Asimismo un 90% contestaron que la violencia doméstica era aquella que tenía lugar en el hogar indistintamente

por el hombre o por la mujer, al igual que en el estudio citado anteriormente donde contestaron de esta forma el 92% de los encuestados. En estos aspectos no se encontraron diferencias entre profesionales y no profesionales ni por sexos.

Otros estudios realizados sobre el nivel de conocimientos sobre VG en el ámbito universitario⁶ obtuvieron diferencias de resultados por sexo, encontrando que los varones y aquellos estudiantes que no habían recibido formación específica acerca de temas específicos de VG mostraban actitudes más tolerantes hacia este tipo de violencia. Estos hallazgos muestran que es necesario incluir en los programas formativos temas de género e igualdad en las carreras universitarias (como ya se sugiere en la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género LO 1/2004 de 28 de diciembre), incidiendo en la formación en este campo entre los hombres donde se han percibido mayores niveles de aceptación del estereotipo tradicional y de la misoginia, de la culpabilización de las mujeres víctimas del maltrato y la desculpabilización del maltratador con un elevado grado de tolerabilidad hacia la violencia para solucionar los conflictos. Centrándonos en las carreras sanitarias, pensamos que asignaturas en materia de VG deberían tener carácter obligatorio, ya que todo profesional sanitario entrará en contacto con mujeres en situación de maltrato a lo largo de su carrera profesional. En el ámbito

de la Salud Mental hay ejemplos recientes que muestran que sigue siendo necesaria la formación en este campo. Así, en una encuesta realizada en 322 profesionales de Salud Mental en Baleares se encontró que para un 19% de participantes la violencia de género no se consideró un problema de salud. Un 8,3% de psiquiatras varones lo consideraban poco o nada importante y un 37% referían no conocer ningún caso en su experiencia profesional¹². Los colegios e institutos puede ser otro objetivo de formación ya que es un colectivo vulnerable, donde empiezan a formarse las primeras relaciones de pareja.

En nuestro estudio hemos observado diferencias significativas en el conocimiento de casos de VG entre hombres y mujeres, observándose que las mujeres conocían con más frecuencia casos de VG (59% frente al 37% en los hombres). Creemos que este hecho puede relacionarse con que probablemente cuando una mujer es víctima de VG tenga más facilidad para relatarlo a otra mujer que a un hombre. Es llamativa la no existencia de diferencias entre profesionales y no profesionales en relación a casos de VG, lo cual indica que no es una cuestión que se explore en las consultas sanitarias de manera sistemática.

Resulta preocupante que sólo un 55% de los encuestados conocieran instituciones a las que acudir en caso de conocer un caso de VG, siendo alarmante que este mismo porcentaje (55%) se registrara entre los profesionales de la Salud. Si tenemos en cuenta que la mayor parte de las mujeres acuden a los servicios de salud en algún momento de su vida, ya que por el hecho de mantener una situación de maltrato presentan mayores morbimortalidades, consideramos necesario que los profesionales sanitarios tengan una formación adecuada sobre la violencia de género, para de esta forma conseguir identificar posibles casos y orientarlos a recursos adecuados. Se estima que sólo un 15 % de los casos se diagnostica como tal, como se ha nombrado ya en otros estudios¹³. Debemos conocer teléfonos que contacten con instituciones, que informen debidamente a estas mujeres, como son el teléfono nacional para víctimas de VG (016), instituto de la mujer (914 52 85 00) o incluso el de emergencias (112).

Sobre la justificación de las agresiones de la pareja por el consumo de alcohol, se encontraron diferencias entre profesionales y no profesionales, encontrándose que el grupo de los no profesionales eran más tolerantes con esta creencia en la que gran parte de los encuestados justifican situaciones de VG por el consumo de alcohol y otros tóxicos. Algunos estudios meta-analíticos muestran una asociación significativa pero moderada entre uso/abuso de alcohol y agresión hacia la pareja¹⁴. El consumo abusivo de alcohol y drogas estaría presente en el 50% de los casos de violencia de género a escala mundial,

oscilando las cifras entre un 8 y un 97% según el estudio que se realice¹⁰. No obstante no hay datos que puedan aprobar una relación causal entre el alcohol y la VG, quedándose el consumo de etanol como un factor coyuntural y asociado en el ejercicio de este tipo de violencia.

Estos datos hacen referencia a lo que actualmente se conocen como “neomitos” o falsas creencias, en las cuales se expone, por ejemplo, que las leyes criminalizan considerando violencia de género lo que son conflictos normales en las relaciones entre hombres y mujeres; también hablan de la supuesta proliferación de denuncias falsas o de la consideración de los hombres como verdaderas víctimas del sistema⁴. A pesar de la polémica suscitada en torno a estas cuestiones por los medios de comunicación, en las publicaciones científicas encontramos ejemplos que no apoyan lo relatado. Así, el Grupo de Expertos y Expertas en Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial publicó en 2009 el análisis de 530 sentencias penales dictadas en España por violencia de género de las cuales solo 1 (el 0,19%) se refería a un supuesto que podría encuadrarse como denuncia falsa. Para una información más completa al respecto puede consultarse la Base de Datos del Secretario General sobre Violencia contra la Mujer de la ONU (<http://webapps01.un.org/vawdatabase/home.action>), que recoge tanto datos y cifras como legislación y buenas prácticas sobre violencia de género en los diferentes países.

Introducimos el WAST como instrumento de cribado para detectar posibles casos de VG entre las mujeres encuestadas, resultando positivo en un 20 %. No se encontraron diferencias entre mujeres profesionales y las pacientes y acompañantes en los resultados de dicha prueba. Los resultados de este instrumento en otras poblaciones observamos que son muy variados. Así, en un estudio realizado en mujeres que acudieron a Atención primaria se obtuvo un resultado positivo para un 12% de mujeres encuestadas⁵; en otros trabajos el porcentaje fue 33,8%⁶. Estas diferencias obligan a tener prudencia en la valoración del test. Se ha encontrado que aunque el instrumento tiene una sensibilidad del 91%, la especificidad alcanza el 76% encontrándonos por esta causa un porcentaje no desdeñable de falsos positivos. Plázaola-Castaño y Ruiz-Pérez (2008) autoras de la validación de este instrumento en población española, refieren que el uso de instrumentos fiables y válidos como es el WAST, no es la única forma de realizar una detección precoz, y apuntan a una descripción consensuada de signos y síntomas ante los cuales los profesionales deben estar alerta. En nuestro medio, existen centros de Atención Primaria donde se está haciendo uso de este instrumento de cribado, aplicando posteriormente a las mujeres que dan positivo un protocolo más específico para detectar casos de VG.

CONCLUSIONES

A pesar del avance realizado en cuestiones de VG desde la última década donde se percibe una mayor protección a estas mujeres, se han generado nuevas dificultades en el mantenimiento de este avance como el surgimiento de nuevos mitos que infravaloran la dimensión de esta forma de violencia, evidenciándose a día de hoy un déficit de formación en la materia entre la población general y los profesionales sanitarios, siendo en este último grupo especialmente preocupante la escasez de conocimientos.

La VG es un problema de salud pública, y dada la comorbilidad en relación con múltiples patologías médicas que presentan estas mujeres, la mayor parte de ellas acudirán a los servicios sanitarios en algún momento de su vida, por lo que parece de imperiosa necesidad la formación de los profesionales en esta materia con el fin de mejorar la asistencia a estas mujeres así como mejorar las intervenciones preventivas.

ANEXO

Cuestionario autoaplicado 17 preguntas:

1. ¿Qué se entiende por **violencia de género**?

(Seleccione SOLO UNA opción)

- Aquella ejercida por el hombre sobre la mujer; por el hecho de ser mujer.
- Aquella ejercida por la mujer sobre el hombre.
- Aquella ejercida indistintamente por el hombre o la mujer, pero en el ámbito de la pareja.
- No sabe / no contesta

2. ¿Y por **violencia doméstica**?

(Seleccione SOLO UNA opción)

- Aquella que ocurre en el hogar, ejercida por el hombre sobre la mujer.
- Aquella ocurrida en el hogar, ejercida por la mujer sobre el hombre.
- Aquella que ocurre en el hogar indistintamente por cualquiera de las personas que conviven
- No sabe / no contesta

3. ¿Cuál de estas situaciones cree que corresponden a **violencia de género**? (Seleccione tantas respuestas como crea adecuadas).

- Aquella violencia que implica la realización de lesión física
- Aquella violencia que conlleva lesiones psicológicas
- Aquella que conlleva la cohibición de libertad de la pareja
- Relaciones sexuales en contra de la voluntad de la persona
- No sabe / no contesta

4. ¿Conoce a alguna mujer en su entorno que haya sufrido algún episodio de **violencia por parte de su pareja o ex-pareja**? (Seleccione SOLO UNA opción)

- Sí
- No

5. ¿Conoce alguna **institución** a la que se puede acudir en caso de violencia de género?

(En caso afirmativo indique cual)

- Sí
- No

Por favor, indique su GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO con las siguientes cuestiones: elija sólo una alternativa.	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	No sabe No contesta
La violencia en la pareja es un asunto privado. Si no se nos pide no debemos intervenir.				
La mayoría de los hombres que agreden a sus parejas lo hacen porque consumen alcohol y/o drogas y/o tienen una enfermedad mental.				
La mayoría de mujeres maltratadas pertenecen a un nivel social, económico y cultural bajo.				
La mayoría de las mujeres maltratadas por su pareja no rompen la relación porque no quieren.				
En la actualidad la mayoría de las agresiones en la pareja ocurren porque las mujeres se han vuelto excesivamente exigentes.				
En el caso de parejas con hijos e hijas en las que hay violencia de género es mejor mantener la relación				
La mayor parte de las denuncias por violencia de género son falsas				
En la actualidad la sociedad y las leyes perjudican claramente a los hombres				
El feminismo y el machismo se corresponden con fenómenos similares				
Se está exagerando en los medios de comunicación la importancia de la violencia de género				

Para personas que tengan pareja

1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?

Mucha tensión Alguna tensión Sin tensión

2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

Mucha dificultad Alguna dificultad Sin dificultad
 No procede (personas sin pareja)

Asiste: Paciente _____ Acompañante _____ Profesional _____

Centro asistencial: _____

Edad _____ Sexo _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a
 Viudo/a

Nivel de estudios: Sin estudios Lee y escribe
 Primarios Secundarios Titulados/as medios
y superiores

Situación laboral: Activo Parado Jubilado
 Otros



Fuente: generoconclase.blogspot.com

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ «BOE» núm. 313, de 29 de diciembre de 2004, páginas 42166 a 42197 (32 págs.).
- ² Bosch-Fiol E, A.Ferrer-Pérez V. Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema* 2012. Vol. 24, nº 4, pp. 548-554.
- ³ Ferrer V.A. Bosch E. y col. La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as. *Psicothema* 2006; 18(3): 359-336.
- ⁴ Lorente, M. (2009). *Los nuevos hombres nuevos*. Barcelona: Destino.
- ⁵ González Lozoya I. Serrano Martínez A y col. Conocimientos sobre violencia de género de la población que consulta en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2011;43(9):459—464
- ⁶ Plazaola-Castaño J. Ruíz- Pérez I y col. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Escuela andaluza de Salud Pública y CIBER Epidemiología y Salud Pública, Hospital universitario Virgen de las Nieves, Granada, 2008.*
- ⁷ Carlshamre, M. (2005). Informe sobre la situación actual en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y futuras acciones (2004/2220(INI)). Parlamento Europeo A6-0404/2005. Recuperado el 22-11-2011 de <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A6-2005-0404&language=ES..>
- ⁸ Heise, L.L., y García-Moreno, C. (2003). La violencia en la pareja. En E.G. Krug, L.L. Dahlberg, K.A. Mercy, A.B. Zwi y R. Lozano (Eds.), *Informe Mundial sobre Violencia y Salud* (pp. 97-131). Washington. DC: Organización Panamericana de la Salud (Orig. OMS, 2002).
- ⁹ Keltosova, O. (2002). Domestic violence. Doc. 9525. Report Committee on Equal Opportunities for Women and Men. Council of Europe. Recuperado el 22-11-2011 de <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/doc02/EDOC9525.htm>.
- ¹⁰ Sanmartín, J., Iborra, I., García, Y., y Martínez, P. (2010). III Informe Internacional Violencia contra las Mujeres en las Relaciones de Pareja. Estadísticas y legislación. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- ¹¹ Méndez, R. (2010). El SAP en su repercusión social. En A. Escudero, D. González, R. Méndez, C. Naredo, E. Pleguezuelos y S. Vaccaro, *Informe del Grupo de Trabajo de Investigación sobre el Supuesto Síndrome de Alienación Parental* (pp. 76-94). Madrid: Ministerio de Igualdad.
- ¹² Evaluación de la atención sanitaria especializada en Baleares ante la violencia de género. Govern de les Iles Balears. Conselleria de Sanit e Consum, 2010. Disponible en: http://www.aen.es/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=424.
- ¹³ Siendones Castillo R. Perea-Milla López E y col. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. Servicio de cuidados críticos, Hospital Comarcal Costa Del Sol, 2002.
- ¹⁴ Foran HM, O'Leary KD. El alcohol y la violencia en la pareja: una revisión meta-analítica. *Clin Psychol Rev*. 2008 Oct; 28 (7): 122.
- ¹⁵ Heise LL, García Moreno C. La violencia en la pareja. En E.G. Krug y col. (ed): *Informe mundial sobre violencia y salud* (pág. 97-131) Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2003.
- ¹⁶ Pérez Fernández F., Bernabé Cárdbaba B. Las denuncias falsas en casos de violencia de género ¿mito o realidad?. *Anuario de asesoría jurídica*. Vol 22, 2012-Págs. 37-46.

EXPERIENCIA CON UN GRUPO DE ESCUCHADORES DE VOCES EN UN CENTRO DE DÍA

Miguel Ángel Martínez Barbero

Psicólogo Centro de Día Latina (Madrid). Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Gestionado por Grupo 5.



Fuente: primeravocal.org

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, escuchar voces se ha considerado un síntoma definitorio de la presencia de un trastorno mental grave, generalmente esquizofrenia, cuyo abordaje clínico se ha centrado principalmente en tratar de eliminar o reducir el síntoma mediante tratamientos psicofarmacológicos. Desde este enfoque se considera que las voces no son reales, sino que son alucinaciones auditivas fruto de un mal funcionamiento del cerebro o un desequilibrio bioquímico, y por lo tanto se trata de un fenómeno patológico. No se considera relevante el contenido de las voces que la persona escucha, y suele entenderse el mismo como carente de sentido, por lo que no se le presta demasiada atención, ya que supuestamente de hacerse, se estaría reforzando o potenciando este tipo de experiencias. En muchas ocasiones, cuando estas personas preguntan a los profesionales por qué escuchan voces, la respuesta que reciben es que lo hacen porque tienen una enfermedad mental, entrando de esta manera en una explicación circular en forma de bucle que no resulta muy útil (oyen voces porque tienen una enfermedad, y tienen una enfermedad porque oyen voces).

Aunque esta visión, con distintos matices, continua siendo en la actualidad la predominante en el ámbito de la salud mental, desde hace más de 30 años existen planteamientos alternativos que están demostrando su utilidad, surgidos de la propia experiencia de las personas afectadas y del trabajo pionero de Marius Romme y Sandra Escher, como el Movimiento de Escuchadores de Voces. Este movimiento “no es simplemente un nuevo conjunto de estrategias o intervenciones para la escucha de voces. La mejor conceptualización es que se trata de una forma totalmente nueva de pensar sobre dichas experiencias” (Lucy Johnstone en *La psicosis como crisis personal*, pág. 37).

Los grupos de escuchadores de voces comienzan a constituirse a finales de los años 80 en Holanda y Reino Unido, y surgen inspirados en el trabajo de Marius Romme, psiquiatra social holandés. Romme trataba a pacientes que oían voces y sufrían por ello, y fue gracias a un caso en particular en el que la medicación estaba fracasando como ayuda, que decidió probar algo diferente. Puso en contacto a esta paciente con otro paciente que también escuchaba voces y comprobó que entre ellos existía un reconocimiento mutuo y que les servía de apoyo. Sin embargo, esto no fue suficiente y decidió buscar a otras personas que escucharan voces y tuvieran un mejor afrontamiento, por lo que hizo un llamamiento en la televisión holandesa en el año 1987. Esto le puso en contacto con personas que escuchaban voces pero que no habían tenido nunca contacto con los servicios de salud mental. Eran personas “sanas” sin ningún diagnóstico ni tratamiento psiquiátrico y podían convivir con sus voces sin que les supusieran un problema. Comprobó que estas

personas podían hacer frente a sus voces y convivir con ellas, mientras que la mayoría de pacientes que él trataba tenían un gran sufrimiento asociado al hecho de escuchar voces. Decidió entonces organizar encuentros entre estas personas para conocer sus experiencias. Observó que cuando estas personas se reunían y hablaban entre ellas, se entendían mucho mejor que cuando hablaban con los profesionales, y que el problema no era tanto el hecho de escuchar voces sino la relación que la persona establecía con ellas y la forma de afrontarlas.

Fruto de estos encuentros se establecieron los primeros grupos y asociaciones de escuchadores de voces (Foundation Resonance en Holanda y Hearing Voices Network en Reino Unido), en su mayor parte formados por personas que escuchaban voces. También participaban profesionales, pero con un rol distinto al habitual, siendo fundamentalmente facilitadores de los grupos y personas de apoyo. El profesor Romme siguió realizando investigaciones y estudios sobre el tema, generando en todos estos años gran cantidad de conocimiento que ha plasmado en sus libros y artículos con un planteamiento innovador y revolucionario. “Su posición nuclear es que la escucha de voces es en sí misma una experiencia humana normal, no un síntoma de enfermedad, sino muchas veces una reacción a un acontecimiento traumático o muy emotivo que no se ha resuelto adecuadamente. Un aspecto crucial que este abordaje afirma es que estos vínculos vitales no se deben erradicar con fármacos, sino que se deben explorar utilizando una mezcla de psicoterapia y métodos de autoayuda”. (La psicosis como crisis personal; pág. 159).

En el año 1997 se celebra en Maastrich un encuentro internacional entre escuchadores de voces y profesionales de la salud mental para promover la investigación y el estudio de este tipo de fenómenos, decidiendo constituir una organización formal que coordinara y sirviera de soporte a las distintas iniciativas relacionadas llevadas a cabo en varios países. Surge de esta manera INTERVOICE (www.intervoiceonline.org), que es la red internacional para el estudio, educación e investigación sobre la escucha de voces, cuyo presidente es M. Romme. Actualmente esta red cuenta con cientos de grupos en más de 25 países, y está formada por escuchadores de voces, amigos, familiares y profesionales.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LOS GRUPOS DE ESCUCHADORES DE VOCES

Escuchar voces es una experiencia humana normal aunque poco habitual: los estudios epidemiológicos hablan de que más de un 2% de la población general escucha voces, pero de estas personas, tan solo un tercio presenta alteraciones

psicopatológicas significativas que les lleven a pedir ayuda profesional (Tien 1991). En los encuentros organizados por Romme y en otros posteriores, numerosas personas han contado su experiencia de escuchar voces como algo normal en sus vidas sin que les suponga ningún problema. Esta información es habitualmente desconocida para muchos profesionales de salud mental, asociando inmediatamente la escucha de voces con enfermedad mental, con las implicaciones que esto conlleva.

Validación de la experiencia individual: no se cuestiona la experiencia que la persona manifiesta, se acepta y se permite que se exprese con libertad, respetándola y escuchándola con atención e interés auténtico.

El contenido de las voces es relevante: no solo es que el contenido sea relevante, sino que además puede ser una herramienta muy útil para que la persona pueda encontrar un sentido a su experiencia y relacionarla con su historia vital. En muchos casos el contenido de las voces está relacionado con las experiencias pasadas y presentes de la persona, reflejando conflictos no resueltos, emociones no expresadas o experiencias traumáticas pasadas. Las voces pueden transmitir mensajes y contenidos que la persona tiene dificultades para expresar de otra manera, permitiendo de esta manera que puedan ser abordados. Por este motivo es tan importante prestar mucha atención al contenido, ya que puede facilitar el proceso psicoterapéutico y ser de gran utilidad.

Por ejemplo, escuchar voces insultantes y descalificadoras puede estar relacionado con experiencias de maltrato físico o psicológico que han generado en la persona una autoimagen muy negativa, y pueden estar repitiendo patrones que la persona ha sufrido en algún momento de su vida. Trabajando estos contenidos se le puede ayudar a identificar la relación de las voces con experiencias pasadas o presentes, contextualizando la experiencia, dotándola de sentido y haciéndola comprensible, evitando de esta manera un sentimiento de indefensión aprendida. En este caso, fortaleciendo la autoestima y el autoconcepto la persona puede hacer frente a las voces con menor sufrimiento e incluso las voces pueden dejar de ser tan “insultantes”.

No siempre resulta fácil comprender el contenido de las voces, ya que a veces la experiencia puede ser caótica y difícilmente comprensible. Es necesario tener paciencia, escuchar atentamente, e intentar ir buscando sentido y coherencia a lo que puede parecer incomprensible en un primer momento. Este proceso tiene que hacerse junto a la persona que oye voces, y tiene que ser ella quien decida si el sentido asignado a las voces es coherente con sus valores y creencias.

Respeto por las creencias individuales: cada persona que oye voces tiene su propia teoría al respecto que hay que respetar. Esto no significa que no se puedan plantear otras opciones o alternativas, pero siempre respetando la creencia individual, interesándonos por ella, ya que nos ayudará a conocer mejor a la persona.

El problema no son las voces en sí sino la relación que la persona establece con ellas: como cualquier otra relación, la relación con las voces pasa por distintos momentos, etapas y fases, y puede modificarse o verse influida por distintos factores. Saber que se puede modificar la relación con las voces aporta a la persona una mayor sensación de control y una mayor esperanza de cara al futuro, algo que los profesionales deberían facilitar. Algo que diferencia a las personas que escuchan voces y no son pacientes psiquiátricos de las que sí lo son, es que las primeras tienen una buena relación con las voces, incorporándolas de manera adaptativa a sus vidas.

Importancia de la actitud del entorno: relacionado con el punto anterior, el entorno es un factor muy importante e influyente en la forma en que la persona construye su relación con las voces. Tanto los amigos, familiares, conocidos o profesionales influyen en cómo la persona se relaciona con su experiencia. Una actitud tolerante, comprensiva y de apoyo por parte del entorno, facilita que la persona construya una relación más positiva con sus voces.

Los profesionales de la salud mental
(...) deberíamos generar esperanza y
facilitar explicaciones que posibiliten
un mejor afrontamiento de la
experiencia

Los profesionales de la salud mental tenemos una labor fundamental en este sentido, y deberíamos generar esperanza y facilitar explicaciones que posibiliten un mejor afrontamiento de la experiencia. Sin embargo, en muchas ocasiones no respetamos las propias creencias de la persona, intentando imponer nuestro propio criterio supuestamente “objetivo y técnico” (aunque sin embargo profundamente arraigado a “creencias profesionales”). De esta manera, la persona se ve confrontada y cuestionada, obteniendo una explicación sobre sus voces que patologiza su experiencia, la desposee de significado, y genera unas expectativas de futuro no demasiado positivas (una enfermedad mental crónica). Muchos pacientes se quejan de que sus primeros contactos con los servicios de salud mental resultaron desalentadores, al recibir mensajes pesimistas y poco esperanzadores del tipo “esto que te ocurre es porque tienes una enfermedad mental crónica” o “vas a tener que tomar medicación durante el resto de tu vida”.

Para una persona que comienza a escuchar voces y se siente muy angustiada, puede ser de gran ayuda hablar con alguien que haya pasado por una experiencia similar y haya sido capaz de recuperarse. De esta manera se fomenta la esperanza y se generan expectativas positivas. Si además esta persona se ha recuperado a pesar de seguir escuchando voces, esto puede ayudar a la persona a focalizarse en su recuperación y no tanto en que las voces desaparezcan.

No es un síntoma de enfermedad mental: como diversos estudios han señalado, hay muchas personas que oyen voces y no tienen ningún trastorno mental. Por lo tanto, este fenómeno por sí solo no debería justificar un diagnóstico psiquiátrico, algo que por desgracia sucede, como demuestra el experimento desarrollado por David Rosenhan publicado en 1973 por la revista Science bajo el título “Estar sano en lugares insanos”. En dicho experimento Rosenhan pidió a varios colaboradores “sanos” que simularan tener alucinaciones auditivas sin ningún otro tipo de síntoma y acudieran a hospitales psiquiátricos en EEUU, resultando que todos ellos fueron ingresados, diagnosticados y tratados como enfermos mentales, llegando a pasar varias semanas ingresados pese a que una vez dentro del hospital se comportaron

con normalidad y refirieron encontrarse bien. Aunque se han realizado muchas críticas a este experimento, escuchando las historias de muchas personas diagnosticadas, parece que este tipo de prácticas no es algo excepcional.

Aceptar la realidad de las voces: un elemento fundamental y diferencial con otro tipo de enfoques es que se considera que las voces que la persona escucha son reales, y no se trata meramente de alucinaciones auditivas. La persona que dice escuchar voces realmente las está escuchando, aunque los demás no puedan hacerlo. Aceptar esta realidad ayuda a la persona a poder hablar sobre ello.

Retomar el control y el poder sobre su propia vida: el objetivo fundamental es que la persona pueda seguir adelante de la mejor manera posible y con una sensación de control sobre su propia vida. Dicho objetivo no está encaminado a eliminar las voces, sino que se orienta a la mejora de la calidad de vida de la persona, con o sin voces.

EXPERIENCIA CON UN GRUPO DE ESCUCHADORES DE VOCES EN EL CENTRO DE DÍA LATINA

Teniendo en cuenta la experiencia llevada a cabo en otros países, y tras la extensa lectura de bibliografía sobre el tema, en el Centro de Día Latina (CD) comenzamos a aplicar la filosofía de Intervoice en la atención a personas que oían voces y acudían al centro, iniciativa que en el momento actual acumula un recorrido de ya casi dos años. Desde las primeras intervenciones (realizadas a nivel individual), se comenzó a observar que esta forma de acercamiento favorecía la relación con estas personas, fomentaba su confianza y su autoestima, y permitía hablar sobre el tema con normalidad y naturalidad. La mayoría se sorprendió inicialmente por el interés mostrado por el profesional y por la posibilidad de poder hablar de manera abierta sobre el tema, y en líneas generales expresaron su agradecimiento por disponer de un espacio para poder hablar sobre ello. Una sólida alianza terapéutica previa constituyó un elemento fundamental para la puesta en marcha de este nuevo planteamiento.

Encontramos que algunas personas que parecían estar “asintomáticas” desde hacía años, en realidad habían aprendido a no hablar de sus voces por miedo a que les tomaran por locos, les subieran la medicación o les ingresaran, pero según expresaban seguían escuchando voces de manera habitual, algo que en muchos casos condicionaba su día a día e incrementaba su aislamiento (a veces se pueden tomar por “síntomas negativos” la reacción de la persona a sus voces).

Además, personas introvertidas que habitualmente eran poco comunicativas, comenzaron a mostrarse más expresivas, comunicándose con fluidez cuando se les brindaba la oportunidad de hablar sobre sus voces. En general, en la mayor parte de los casos, la relación de la persona con el profesional y su vinculación con el CD mejoró. También hubo algunas personas que no quisieron hablar sobre sus voces, algo que por supuesto se respetó, aunque no fueron muchos casos.

Tras varios meses manteniendo sesiones individuales, y conociendo las experiencias grupales llevadas a cabo con éxito en otros países, decidimos proponer a estas personas la posibilidad de realizar un grupo con otros compañeros del CD que también oían voces, con el objetivo de compartir sus vivencias y brindarse apoyo mutuamente. Las reacciones fueron variadas, aunque la mayoría decidió que era una buena idea probar, ya que les resultaba una propuesta interesante e innovadora. En septiembre de 2012 comenzamos con el grupo de “Aceptando las voces” (tomado de Romme y Escher) que mantiene su funcionamiento en el momento actual. El trabajo previo realizado a nivel individual con cada una de las personas fue clave para que el grupo haya podido salir adelante, ya que sentó las bases de una nueva forma de pensar y de hacer, normalizando este tipo de experiencias y fomentando la esperanza y las posibilidades de cambio.

En la primera sesión del grupo el psicólogo explicó los motivos por los que se constituía y se acordaron unas normas básicas aceptadas por todos, sustentadas sobre los siguientes principios básicos: confidencialidad, respeto, aceptación, no juicios y apoyo mutuo. Se decidió que el grupo fuera abierto con el fin de que pudieran incorporarse otras personas, y para que cada persona pudiera acudir o dejar de acudir cuando lo decidiera.

Objetivo del grupo

Crear un espacio en el que las personas puedan hablar de manera abierta y libre sobre su experiencia con la escucha de voces.

Metodología

El grupo lo coordina el psicólogo, y se reúne todos los lunes a media mañana. Las sesiones tienen una duración aproximada de una hora, y los contenidos no están prefijados previamente, aunque suelen girar alrededor de la escucha de voces y aspectos relacionados. El propio grupo plantea los temas que quiere tratar en cada sesión, en función de la situación personal de cada persona, de sus intereses, vivencias, dudas, deseos, miedos, esperanzas... En algunos casos las sesiones comienzan con un repaso de los temas tratados en la última sesión.

El grupo es abierto y dinámico, por lo que cada persona participa cuando lo considera necesario y oportuno en función de su situación personal. Hay personas que asisten regularmente todas las semanas, otras que lo hacen en momentos puntuales, y otras que acuden de manera irregular, alternando periodos de asistencia con otros en los que no acuden. A lo largo de estos casi dos años, se han realizado más de 60 sesiones, 15 personas han participado, y la media de asistencia ha sido de 6-7 personas.

El único criterio de inclusión es que la persona escuche o haya escuchado voces en algún momento de su vida, sin importar el diagnóstico. Todas las personas que han participado y participan en el grupo están diagnosticadas de algún trastorno psicótico, en su mayoría Esquizofrenia. La edad media de los participantes está alrededor de los 55 años, y la media de tiempo escuchando voces es de más de 20 años.

El papel del profesional en el grupo es de facilitador, intentando posibilitar un clima cálido, seguro y respetuoso para que los distintos miembros del grupo puedan hablar libremente de sus experiencias. Como facilitador ha de tener cuidado de no tratar de imponer sus creencias a los miembros del grupo, debe intentar fomentar el debate y el diálogo, e infundir esperanza en todo momento. Según la HVN (Hearing Voices Network), en su documento sobre "Creación y apoyo de los grupos de escuchadores de voces" publicado por la HVN y editado por Julie Downs: "no existe nada que pueda reemplazar reacciones honestas, y el facilitador no debería obsesionarse con llevar el grupo *correctamente* y que termine habiendo respuestas frías y rígidas... No hay maneras *correctas* de llevar un grupo ya que cada grupo será diferente".

Resultados

Debido a la propia filosofía de este tipo de grupos, a la hora de valorar los resultados obtenidos se considera que el relato en primera persona de los participantes es la mejor forma de obtener información. Los resultados que aquí se comentan se han obtenido en entrevistas individuales o en sesiones grupales con ellos, y algunos también se desprenden de observaciones llevadas a cabo por el psicólogo y por profesionales en prácticas. Aunque esta forma de obtener los resultados puede tener ciertos sesgos metodológicos, consideramos que se ajusta de un modo más realista a lo que las personas que participan expresan. Ciertos contenidos han sido transcritos de forma literal.

En líneas generales, todas las personas que participan en el grupo comentan que **el simple hecho de poder hablar sobre sus voces les resulta de ayuda**. Suelen señalar que les ayuda escuchar que hay otras personas que tienen experiencias parecidas a las suyas, ya que en muchos casos

parte del sufrimiento proviene de pensar que es algo que solo le ocurre a uno. Muchos de ellos se han sorprendido al conocer que algunos compañeros a los que conocen desde hace años también escuchan voces, y en las primeras sesiones comentaban con sentido del humor: "*pero Susana, con lo normalita que tú pareces y también oyes voces (risas)*".

Se ha generado un **sentimiento de pertenencia al grupo** al compartir una vivencia similar (en este caso escuchar voces), y se ha fortalecido el vínculo entre algunos de los miembros al compartir con otros experiencias vitales muy significativas. Además, de esta manera se ha normalizado este fenómeno en el CD, ya que tanto para los que participan como para los que no, "Aceptando las voces" es una actividad más del CD. Todos ven con normalidad que haya un grupo de estas características, y esto favorece que se aborde con naturalidad este tema con las personas nuevas que se incorporan al CD, algo que no sucedía previamente.

Se ha reducido la angustia asociada al hecho de escuchar voces, a pesar de que las voces se han mantenido en la mayoría de los casos. Poder hablar de ello generalmente reduce la angustia, ya que la persona no tiene que esforzarse en ocultarlo y puede expresar abiertamente sus vivencias. Esto puede aplicarse a otro tipo de problemas, ya que el sufrimiento psíquico se genera muchas veces ante cuestiones de las que no podemos hablar con nadie, sean voces, miedos, preocupaciones, dudas...

Las voces que incitan a la persona a autolesionarse o a quitarse la vida generan un nivel de angustia muy alto, y es un tema que ha aparecido en el grupo en varias ocasiones. Es muy interesante la forma en la que este tipo de voces e ideas aparecen, ya que no siempre lo hacen de una manera clara y explícita. Por ejemplo, en una sesión del grupo una persona comentó que escuchaba una voz que le decía "vas a acabar como Antonio Flores". Otro miembro del grupo comentó que él también había escuchado una voz con el mismo contenido. Ambas personas viven solas en casa con sus respectivas madres que tienen una edad avanzada y problemas de salud. Analizando el contenido de las voces, llegamos a la conclusión de que lo que estaban expresando estas voces era el miedo que sentían ante la futura pérdida de su madre, y la posible aparición de pensamientos suicidas cuando esto sucediera (Antonio Flores falleció en extrañas circunstancias al poco tiempo de perder a su madre). Esta interpretación tuvo sentido para ellos e hizo que la voz que escuchaban, y que aparentemente no tenía sentido, tuviera relación con sus emociones y con sus pensamientos, disminuyendo de esta manera la ansiedad asociada. En general las personas señalan que les resulta de ayuda poder compartir este tipo de voces con los compañeros, ya que les

permite abordar un tema habitualmente tabú. En varias ocasiones han expresado que no hablan de estos temas en otros contextos por miedo a un ingreso psiquiátrico.

Se ha incrementado la sensación de control sobre las voces, y en algunos casos se han modificado los contenidos o la intensidad de las mismas. Conocer las estrategias que otros utilizan, así como identificar algunos contenidos comunes y experiencias vitales comunes facilitan estos cambios.

Casi todas las personas han descrito la **presencia de voces positivas** que les sirven de ayuda y apoyo en situaciones difíciles. Recientemente una persona con un familiar enfermo, comentaba que escuchaba la voz del familiar que le tranquilizaba y le decía que estuviera tranquila que se iba a recuperar. Ni que decir tiene que este tipo de voces no suelen generar problemas a las personas y pueden ser estrategias de afrontamiento eficaces. Además, otro miembro del grupo que hasta ahora solo ha escuchado voces negativas y agresivas, expresó su sorpresa y esperanza al saber que otras personas también escuchaban voces positivas.

Es importante señalar que el hecho de que el grupo exista no significa que estas cuestiones solo deban abordarse a nivel grupal. De hecho, hay personas que no quieren participar en el grupo con las que se trabaja desde este mismo enfoque pero a nivel individual, y otras que aunque sí participan en el grupo, prefieren tratar algunas cuestiones en un contexto individual. Se trata por lo tanto de planteamientos complementarios; la filosofía de Interoice puede aplicarse tanto a nivel grupal como individual.

Por último señalar que el sentido del humor, utilizado con respeto, puede ser una herramienta terapéutica muy eficaz, contribuyendo a desdramatizar y normalizar situaciones y experiencias que pueden generar mucho sufrimiento. Resulta muy difícil hablar sobre este tema en un artículo escrito, ya que fuera de contexto algunas de estas situaciones pueden ser malinterpretadas, pero sin lugar a duda, el momento en el que una persona puede llegar a bromear o a reírse de algo que habitualmente le genera mucho sufrimiento (en este caso las voces), supone un antes y un después en la forma de afrontar esa situación.

CONCLUSIONES

Aunque la experiencia con el grupo “Aceptando las voces” en el CD Latina lleva tan solo dos años en funcionamiento y el tamaño del grupo no es muy grande, los resultados observados y las dinámicas que se han establecido son muy similares a los

descritos en la bibliografía sobre el tema y a los obtenidos por los grupos de escuchadores de voces en otros lugares.

Para las personas que escuchan voces, el simple hecho de poder hablar abiertamente sobre sus voces puede resultar de gran ayuda. Escuchando sus experiencias y sus vivencias, parece necesario adoptar un enfoque más humano, cercano y esperanzador, y facilitar espacios en los que puedan compartir este tipo de experiencias con “iguales”.

Las personas que escuchan voces son las verdaderas expertas en sus propias vivencias, y la labor del profesional cobra pleno sentido acompañando, escuchando, dando apoyo, mostrando interés genuino, transmitiendo esperanza e intentando entender qué le sucede a la persona y de qué manera puede afrontar mejor su experiencia. Para esto es fundamental no centrar la atención solo en las voces sino en la persona de forma integral. Como señala Romme: “las voces son una señal, y no deben ser el único punto de interés en la asistencia de salud mental de las personas que oyen voces”.

Trabajar desde este enfoque resulta muy enriquecedor tanto a nivel profesional como personal. Brinda la oportunidad de conocer más en profundidad a las personas con las que trabajamos y establecer relaciones de apoyo más humanas y auténticas. Sorprende que con el paso del tiempo y los avances en el campo de la salud mental, nos hayamos olvidado de lo obvio, del poder curativo de la palabra, la escucha y la relación. En algunas reuniones y foros profesionales se habla del sufrimiento psíquico con un lenguaje tan técnico y tan frío, que resulta difícil relacionar esos términos con un ser humano, con toda su complejidad y su historia biográfica, llegando a un reduccionismo que en ocasiones resulta ridículo. En el caso de los escuchadores de voces esto es todavía más acentuado, ya que el lenguaje profesionalizado y el marco de creencias con el que hemos sido formados, hace que en ocasiones veamos a “pacientes con enfermedades” en lugar de personas con problemas, con todas las implicaciones que esto conlleva. El Movimiento de Escuchadores de Voces llama la atención sobre este aspecto, aportando un conocimiento valiosísimo que por desgracia muchas veces no se enseña en las universidades, en los másteres ni en los cursos especializados, y que es realmente útil para ayudar a personas que escuchan voces.

Desde la Rehabilitación Psicosocial se ha venido haciendo mucho hincapié en la *psicoeducación* para personas que escuchan voces como un elemento muy importante en el proceso de rehabilitación, y desde la Psiquiatría también se ha puesto mucho énfasis en trabajar la *conciencia de enfermedad*. Aunque estos planteamiento puedan resultar útiles para algunas



Fuente: blogsaludmentaltenerife.blogspot.com

la no aceptación de “la enfermedad”
puede ser en ocasiones un paso
necesario para la recuperación

personas, hay que tener en cuenta que dichos términos conllevan una carga ideológica muy grande (suponen que la persona tiene una enfermedad y que ha de ser educada al respecto); se puede correr el riesgo de invalidar la experiencia personal (en este caso escuchar voces) y cualquier explicación alternativa, tratando de imponer una visión que ha de ser aceptada. En la práctica se articula con frecuencia un proceso de comunicación unidireccional, del profesional hacia el paciente, y no tanto un diálogo, llegando a prescindir del valioso conocimiento que la persona puede aportar sobre su propia experiencia y que puede ser clave en su proceso de recuperación. Aunque muchas veces lo hagamos con la mejor intención, supone una visión limitada y limitante, ya que en salud mental no existen verdades absolutas, ni una única forma de entender la realidad o establecer relaciones de ayuda. Escuchando testimonios de personas que se han recuperado de sus voces (aunque algunos siguen oyéndolas), en especial de algunos expertos en el tema tanto a nivel profesional como personal, como Rufus May, Eleanor Longden, Olga Runciman y muchos otros, la no aceptación de “la enfermedad” puede ser en ocasiones un paso necesario para la recuperación, puesto que asumir el “rol de enfermo” puede contribuir a la cronificación del problema e impedir el desarrollo de capacidades y potencialidades que la persona posee, y de estrategias de afrontamiento más eficaces y más acordes con las creencias personales. Aceptar las voces no supone aceptar que uno está enfermo.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos por los grupos de escuchadores de voces en distintos lugares del mundo y los testimonios en primera persona de muchos afectados, se torna difícil no cuestionar algunas de las prácticas habituales llevadas a cabo en la atención y el tratamiento a estas personas, y algunas creencias asociadas a este tipo de fenómenos. Sería interesante que los escuchadores de voces y las personas que intentan apoyarlas y ayudarlas, sean profesionales o no, tuvieran acceso a todo el conocimiento generado por el Movimiento de Escucha de Voces, y pudieran elegir si quieren o no utilizarlo. Este tipo de intervenciones, que por el momento no han demostrado tener efectos secundarios negativos y que suelen ser bien aceptadas, están permitiendo que muchas personas que habían perdido la esperanza la recuperen.

Por último, me gustaría expresar mi enorme agradecimiento y gratitud a todas las personas que generosamente han compartido y comparten conmigo su experiencia con la escucha de voces, ya que ellos han sido y son mis mejores maestros en este tema.

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

- Romme, M. y Escher, S. (2005). Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces. *Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras psicosis*.
- Romme, M. y Escher, S. (2012). La psicosis como crisis personal. Un abordaje basado en la experiencia. *Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras psicosis*.
- Baker, P. (1999). La voz interior. Guía práctica. ¿Cómo tomárselo cuando se escuchan voces?
- Downs, J. (2001) Creación y apoyo de los grupos de escuchadores de voces. *Publicado por la Hearing Voices Network*. <http://www.intervoiceonline.org>
- Tien, A. Y. (1991) Distributions of hallucination in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 287-292.
- <http://primeravocal.org/>



Fuente: www.maestroviejodespierta.com

SUBJETIVISMO CRÍTICO: UNA RESPUESTA A LOS MANUALES DIAGNÓSTICOS

Laura Martín López-Andrade

Psiquiatra

Coordinadora del Centro de Intervención Comunitaria

Servicio de Psiquiatría

Hospital Río Hortega

Valladolid

(El presente artículo desarrolla la intervención realizada en las XX Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental, celebradas en Madrid, en Febrero de 2014. Su contenido se refiere a la discusión programada, tras la intervención del Dr. David Pilgrim sobre el realismo crítico, en una mesa destinada a responder al sistema de clasificación DSM-V.)

INTRODUCCIÓN

Existen distintas perspectivas desde las que un profesional puede acercarse a la locura. En el caso que nos ocupa, y dado el papel que desempeñamos en la llamada red de Salud Mental, no podemos valernos de instrumentos propios de la investigación, sino de los que la clínica nos proporciona. A estos efectos, se añade el factor de que vengo representar el lado más joven de la discusión. La juventud, siempre osada e irreverente, nos permite situarnos del lado más cuestionador y sedicioso de las cosas. Así, la posición que hoy adoptamos para argumentar la crítica al positivismo, a la uniformidad que conllevan las clasificaciones, a sus oscuros intereses y a su ignorancia frente a lo que ocurre en torno a las llamadas «enfermedades mentales», aun siendo una crítica que poco podría añadir a la explicaciones del Profesor Pilgrim, puede que no sea tan *realista*. De poder calificarse, diríamos que nuestra posición clínica defiende y contrapone, si se nos permite el término, un *subjetivismo crítico*.

Todos debemos tener una postura en la clínica. Todo profesional precisa de una teoría. Primero, por respeto a la persona que tenemos delante. Se nos exige cierta consideración y miramiento cuando nuestro cometido es el tratamiento del malestar psíquico; atención que se haría imposible sostener sin unos fundamentos que le dieran consistencia. Y segundo, porque sin ella nos encontramos desnudos y desarraigados ante lo que tan lejos está de nuestra comprensión. Las preguntas que nos hacemos y, sobre todo, lo que escuchamos y lo que no, dependen de la teoría que nos ampara.

Ahora bien, necesitamos de un modelo teórico, pero esto no implica ajustarnos a un dogma. Las conjeturas y suposiciones que de una teoría se derivan sirven a los profesionales, nunca a los pacientes. No consiste en imponer presupuestos ni esforzarnos en reproducir lo que las pruebas *evidencian*, sino en construir el armazón psicopatológico que mejor nos permita acercarnos a la experiencia del loco. Y serle, así, de la máxima utilidad posible.

El principal problema de la psiquiatría mayoritaria, centrada en la biología y las neurociencias, es que carece de una teoría propiamente dicha. La mayor prueba de ello son los manuales que, como el DSM, traducen datos epidemiológicos y económicos en categorías clínicas que, sin entrar en lo poco que dicen sobre la locura, nada nos dicen de los que la sufren. Si el DSM-IV multiplicaba exponencialmente sus diagnósticos, su reciente edición, el DSM-V, nos abre el maravilloso mundo de los «espectros» y los «riesgos de». Si lo pensamos, el Espectro Psicótico o el Síndrome de Riesgo de Psicosis, por poner algún ejemplo, no hacen sino utilizar las provechosas herramientas que construyeron hace años el Trastorno Bipolar. Este diagnóstico se conformó como un gran cajón de sastre en el que todo cabía. Desde el chico de identidad inestable con experiencias de vacío y una notable tendencia al paso al acto rápida e impulsiva; la mujer —también escasa de defensas más elaboradas— que tiende a disociarse cuando la realidad se le vuelve demasiado adversa; las depresiones más o menos mantenidas en el tiempo en que aparece algún episodio de mejoría inesperada; sin olvidar la clásica psicosis maniaco-depresiva, en la que la tristeza tanto puede aparecer en forma de ideas deliriosas de culpa y ruina como en fases de exceso de actividad o *manía*. Así, clínicas tan distintas en su base como la de las estructuras límite, la ya olvidada locura histérica, la tristeza neurótica y la clásica melancolía, respectivamente, pueden englobarse todas en un único trastorno que aconsejan, por supuesto, medicar con tres fármacos y, cómo no, de por vida. Un grupo tan amplio como rentable que ha permitido a algunos sentenciar la psicopatología al olvido, a la voz de «toda depresión es bipolar si no se demuestra lo contrario».

Así las cosas, no sorprende que la histeria, la paranoia, la melancolía y, ahora, la esquizofrenia, desaparezcan de los manuales. No interesan la escisión psicótica, el origen de la angustia o la función del delirio. Parece que es mucho más científico y riguroso centrarse en los hechos, en lo *evidente*. El desplazamiento cartesiano llevado a su máxima expresión: delira, luego es psicótico.

Esto ocurre porque la psiquiatría ya no se pregunta por los grandes temas de la clínica. No se cuestionan las bases, los cimientos. Las voces son voces; los delirios, delirios; la angustia, angustia. Pero, ¿quién explica hoy en día qué son las voces? ¿O el delirio? ¿O en qué consiste la angustia? ¿Y quién se hace esas preguntas? Este tipo de fenómenos y experiencias del psicótico se dan por sentado sin saber de qué se está hablando. Se anotan como síntomas, como elementos *reales*, independientemente de qué signifiquen para el paciente. Bien es cierto que

esto facilita el trabajo de diagnosticar, prescribir y derivar, movimiento automático e imprescindible de un profesional actualizado, pero también que, a la vez que nos convierte en sordos frente al malestar, catapultamos al enfermo al lugar que ya nos decía Foucault que la Psiquiatría le tenía preparado desde que aparece como ciencia: el silencio.

Subjetivismo crítico

Existen dos elementos inconciliables: la ciencia y el sujeto. Resulta imposible aunar la objetividad y la subjetividad pues, en lo que concierne a lo humano, no podemos hacer coincidir el dato, el hecho, el signo, la prueba o el presente con la biografía, el síntoma y la historia.

Los manuales diagnósticos de las enfermedades mentales establecen una flecha rígida cada vez con más puntos de partida pero un único lugar de destino, el de un tratamiento que pasa por el fármaco y la reordenación de la conducta. Parten de datos epidemiológicos, se basan en hechos observables y elaboran cada vez mayor número de categorías clínicas, siempre persiguiendo la reparación farmacológica de lo supuestamente alterado. En el mejor de los casos, este fin terapéutico se completa con una derivación al psicólogo para que hable un rato y piense bien antes de actuar como lo hace, y a algún dispositivo de rehabilitación para que se entretenga. A esto, lamentablemente, es a lo que se suele llamar enfoque *biopsicosocial*. Si lo pensamos, todo se basa en una serie de supuestos y medidas físicas. Es decir, dirigidos al cuerpo. Por eso el mayor problema del positivismo es que siempre conduce a medidas coercitivas. Cualquier hipótesis organicista, tanto si incluye factores causales coadyuvantes como determinantes de la locura, incluye la idea de que el organismo está enfermo, por lo que se debe corregir —luego dominar— mediante el medicamento y la conducta.

Nos encontramos ante la sordera psicopatológica de la psiquiatría y la psicología basadas en la evidencia. Minusvalía del saber clínico que se hace presente en las tendencias actuales de nuestra práctica. Términos como patología dual, co-morbilidad, adherencia al tratamiento o conciencia de enfermedad se utilizan cada vez con mayor frecuencia e impunidad. A la vez, asistimos al auge de un nuevo hospitalocentrismo. Las Unidades de Agudos tienden a convertirse en el eje de la atención psiquiátrica y vemos dirigir los esfuerzos y recursos a crear centros y programas específicos para determinados diagnósticos psiquiátricos. Tales directrices hacen pensar que los manuales y guías clínicas han sustituido a los libros de psicopatología, los estudios de los laboratorios a la observación de los pacientes y

la preocupación por la indicación farmacéutica a la escucha del psicótico.

En este contexto, el *subjetivismo crítico* que hoy proponemos aparece como un animal de dos cabezas que intenta volver a la clínica. Un ser de pensamiento bicéfalo representado, en mayor medida, por Sigmund Freud y Franco Basaglia, es decir, que ocupa una posición asistencial triestina, basagliana, compatible con la interpretación del sujeto desde un enfoque más freudiano. Hablamos, por tanto, de un enfoque basado en la psiquiatría clásica, la psicopatología y el psicoanálisis, que reconoce la parte *realista* del sujeto que el Dr. Pilgrim consideró representada por la sociedad y la economía, y que, por último, aspira a un único fin: la defensa, legitimación y emancipación de la locura.

Para facilitar su comprensión y ampliar su utilidad clínica, debemos separar los dos conceptos incluidos artificialmente en esta herramienta, es decir, el sujeto y la crítica.

Cuando hablamos de *subjetivismo* aludimos a una forma de acercarnos a la persona reconociendo en su comprensión dos elementos imprescindibles, el lenguaje y la historia. El primero, porque el hombre se relaciona con el mundo a través del lenguaje. Es el elemento que le permite acercarse a la realidad, el vehículo de su deseo y el secretario de su experiencia. Desde este punto de vista, la locura no es más que el testimonio de la dificultad de muchos individuos para acceder al deseo. En segundo lugar, el subjetivismo se preocupa y siempre tiene en cuenta la biografía del sujeto. Los deseos sobre los que cada uno llega al mundo, la relación que establece con ellos y los mecanismos con los que se las ingenia para ir saliendo del paso configuran una suerte de huella dactilar irreproducible que aparece cada vez que flaquea el deseo, que éste se hace imposible o que choca con la realidad. Es la marca individual de cada uno que no puede catalogarse ni etiquetarse. De ahí que no exista nada más individual que el síntoma y que no pueda encontrarse síntoma sin pasado. Si el positivismo psiquiátrico se preocupa por lo observable del presente, la propuesta subjetivista que defendemos fija su atención en lo que el sujeto individual —histórico y único— dice y en lo que le es imposible mencionar.

En este orden de cosas, puede resultar de utilidad plantear la clínica desde un modelo de estructuras clínicas. Según éste, la estructura constituye el armazón, el bloque subjetivo de la persona, dentro del cual existirán unas determinadas líneas de fractura que, según nos recordaba Freud, podrían quebrarlo

dando lugar a los síntomas. Resumido en pocas palabras, existirían dos grandes estructuras, neurótica y psicótica, y una tercera que puede tomarse como intermedia o tener una entidad propia, la estructura límite. Cada persona tendría, así, una estructura, con una serie de líneas individuales de fractura, pero ello no implica que exista clínica. Uno puede tener una estructura neurótica y nunca enfermar, o psicótica y jamás desencadenarse. Distinguimos la estructura según el tipo de angustia, las relaciones que establece —las llamadas *relaciones de objeto*— y los síntomas que presenta. Información a la que no se puede tener acceso sin el lenguaje y la historia de cada sujeto. De ahí que, aunque hablemos de grandes estructuras, la subjetividad se impone ante cualquier intento de clasificación.

Bajo este punto de vista, en la clínica siempre debemos hacernos dos preguntas: qué hay de común y qué hay de diferente. ¿Qué asemeja la experiencia de un psicótico a la del resto de psicóticos? E inmediatamente ¿qué la diferencia? La primera, nos sirve a nosotros, los profesionales, para posicionarnos; la segunda, le sirve al paciente, pues es en la búsqueda de esa respuesta donde hallaremos el elemento terapéutico más importante: la defensa de su individualidad. Igual ocurre con los fenómenos y detalles clínicos a los que antes aludíamos por permanecer olvidados como hechos y datos cuantificables: las alucinaciones, el delirio, la angustia, la tristeza. Ante una voz, surgen muchas más cuestiones además de la de si está «dentro o fuera de la cabeza». Preguntémosnos si es psicótica o histérica, qué dice el sujeto de ella, cuándo aparece y para qué —en el sentido subjetivo— le sirve.



Fuente: anglerz.com

En definitiva, la mitad subjetivista de nuestro particular andrógino consiste en utilizar instrumentos que pasan por lo que dice el sujeto, lo que no dice, quién es y quién ha sido. Es decir, por la realidad individual del síntoma. Promueve abandonar el diagnóstico y la tipificación que estandariza y uniformiza la clínica, a favor de la experiencia subjetiva del malestar, que lleva al sentido y el respeto por lo que sucede. No olvidemos que todos los síntomas son herramientas del individuo. Si los tomamos como meros hechos molestos que hay que extirpar de inmediato mediante la cirugía del fármaco, podemos dejar al sujeto desprovisto de la única defensa que seguramente hasta el momento ha podido elaborar. Con ello, corremos el riesgo de dejarlos en una posición aún más desamparada, pues apartamos el sentido del síntoma. Hasta el delirio más angustiante debe considerarse una experiencia reparadora que, aunque frágil e incompleta, permite al psicótico acceder al lenguaje. Es un discurso ortopédico que proporciona una forma de vincularse al mundo. Así, saberse perseguido proporciona al psicótico una relación con el otro que, aunque puede llegar a ser aterradora, no lo es más que el punto de vacío y desamparo donde comenzaron las primeras interpretaciones del delirio.

Un paciente diagnosticado de psicosis afirmó recientemente: «A veces puedo sanar a la gente, pero ahora se me quiebra todo, porque no soy nada». Seguramente, tras una ojeada al DSM, podríamos llegar a un diagnóstico partiendo de la *omnipotencia* y el *delirio mesiánico* que ya existían y que, ahora, se aderezan con una considerable cantidad de tristeza e *ideas de ruina*. Seguro que de esta receta sale algo parecido a una *esquizofrenia co-mórbida con depresión*. Una doble etiqueta que no dice nada de él y le remite al silencio. Sin embargo, resulta diametralmente opuesta la postura que escucha sus palabras como un lamento tras la introducción de un neuroléptico. El fármaco ha producido una *mejoría* suficiente para que parte del delirio se desvanezca y se descubra ante sus ojos la necesidad de representar un ser todopoderoso que salva vidas en lugar de un chico de treinta y cuatro años sin trabajo, que vive con su madre, sin novia ni amigos, incapacitado y con una pensión mensual que no llega a cuatrocientos euros.

Desde Freud siempre debemos tener presente que nadie abandona con gusto sus síntomas. Ya hablemos de la tristeza más superficial del neurótico que nos suplica que «le quitemos la depresión», ya de la angustia del esquizofrénico sobrepasado con tanto *chip* recogiendo y transmitiendo sus pensamientos, siempre estamos ante fenómenos que el paciente ha elaborado de ese modo concreto, por un motivo determinado y con un fin individual.

Estas consideraciones sobre el aspecto defensivo del síntoma y la experiencia subjetiva sobre la que se asienta, nos hace dirigirnos a la parte crítica que conlleva el subjetivismo. Confrontándonos con la vertiente hoy dominante de las ciencias *psi*, el *subjetivismo crítico* sostiene que de lo primero que debemos sospechar en la clínica es, precisamente, de lo *evidente*. De ahí que la Medicina Basada en la Evidencia no tenga cabida cuando hablamos de individuos, pues lo privado es todo menos indiscutible, axiomático, positivo o innegable. En otras palabras, el sujeto nunca puede ser evidente.

Ni la palabra ni la biografía de cada uno pueden ser objeto de dominio, control o reproducción científica. El lenguaje es un instrumento que siempre se resbala. Nunca está por completo a nuestra disposición, se pierde entre lo que decimos y lo que el otro escucha, jamás podemos dominarlo y llegar a lo exacto a través del discurso. Es un elemento serpenteado que se escapa de las manos del neurótico y que ni tan siquiera está accesible para el psicótico. Del otro lado, la historia de cada uno se dispone como una película entrecortada, un «corta y pega» de palabras, imágenes y deseo que hacemos nuestro a través del mismo escurridizo lenguaje. Todo conforma una rueda imposible de reproducir o experimentar. Imposible de prever o estudiar mediante el método científico.

Pero el subjetivismo también es crítico porque se opone a la propia naturaleza de la Psiquiatría. La Psiquiatría tiene muchos lenguajes, pero siempre es un instrumento de poder. Sepa más o menos, se apoye en una u otra teoría, es preciso asumir que siempre será una forma de control y represión de lo diferente. Ante un hecho como éste, el profesional únicamente debe intentar desdibujar ese poder lo más que pueda. Esta es la posición asistencial que, definitivamente, embiste a la uniformidad de la sociedad que promete el nuevo DSM-V. Este nuevo texto, a través de los «espectros», supone una multiplicación de indicaciones. Prácticamente todo lo que se salga de una norma epidemiológica puede ser diagnosticable y corregible. La timidez, el duelo, la suspicacia, la meticulosidad pasan de ser rasgos de lo humano a síntomas que anuncian patología. La clínica, de este modo, pierde el verdadero motor que la caracteriza, la individualidad. Si el peso cae del lado de lo observable y evidente, es decir, el diagnóstico, las consecuencias se extienden desde lo sanitario —fabricamos grupos uniformes de sujetos diagnosticados— a lo social —las epidemias de incapacitación civil a las que asistimos o la propuesta de reforma del Código Penal que nos anuncian, serían algunos ejemplos—. En este orden de cosas, no es lo mismo un espectro que una estructura, del mismo modo que no puede equiparse un listado de síntomas que una configuración individual y subjetiva donde éstos pueden o no surgir.

El *subjetivismo crítico* viene a advertir que los manuales diagnósticos están creando generaciones de profesionales de la salud mental que no quieren «perder el tiempo» hablando con los locos, apresurándose a dar con un diagnóstico y empezar cuanto antes la prescripción.

Una vez se ha diagnosticado, dicen que ya sólo queda comenzar el tratamiento, cuando, en realidad, es cuando ya creemos saber *qué tiene* el paciente cuando empieza la clínica, es decir, cuando tenemos que preguntarnos *qué le pasa*.

El DSM, decíamos, actúa como freno del saber psicopatológico, pero también como el escudo que muchos parecen necesitar ante la locura, como una prolongación moderna de la bata. Atuendo simbólico del poder de la psiquiatría que, fuera de registros estéticos, intenta salvaguardar la soberbia, el desinterés, la jerarquía, comodidad, caridad y frustración del profesional para protegerse de las salpicaduras de la locura y la incompreensión que genera.

Defender lo singular y único del psicótico es la única herramienta del profesional para devolverle la calidad de sujeto que el diagnóstico le arrebató. Reunir esta perspectiva con la crítica interna que debemos dirigir a la disciplina psiquiátrica y su configuración como instrumento de poder permite que el profesional se acerque a la posición de no saber, pero intentar comprender. Pues hay que resignarse a no entender o explicar al loco; en todo caso, aspiremos a servirle de algo.

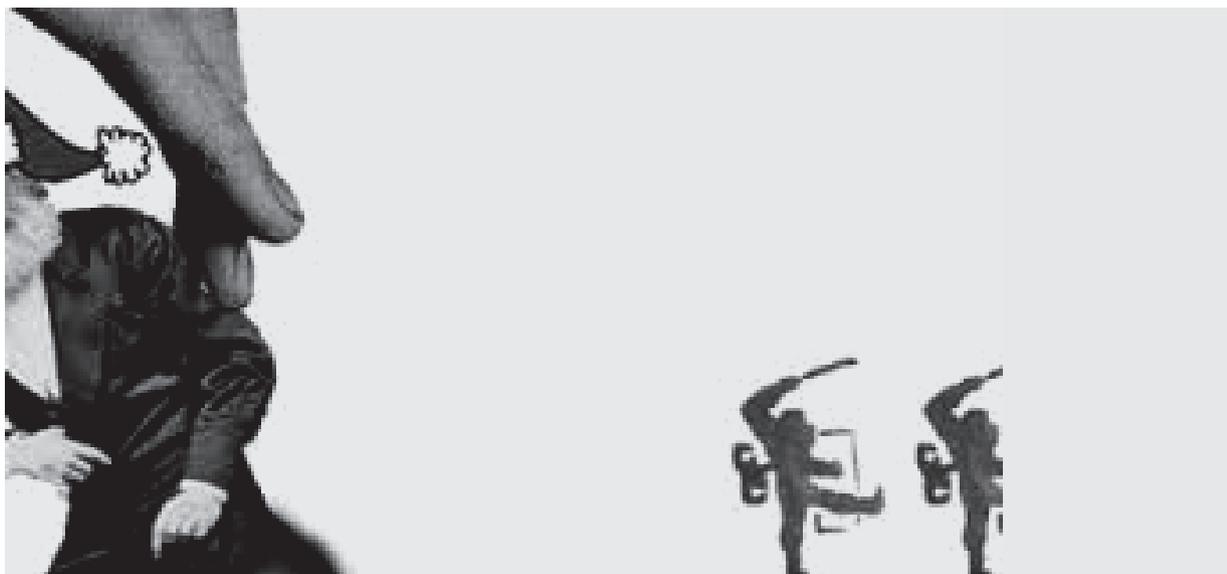
Palabras finales

Todo profesional de la salud mental necesita una teoría a la que agarrarse en la clínica. Es necesario construirse un armazón teórico que permita acercarse a la locura. Pero, al mismo tiempo, el esfuerzo debe ir dirigido a deconstruirlo. No hay nada más peligroso que un clínico al que los pacientes le confirmen la teoría a la que se acoge. Desembarazarse de ella es la mejor forma de ponernos a su servicio.

La Psiquiatría es un instrumento de poder que aspira desde sus inicios al control de la locura. Es el fundamento insaciable e intrínseco de nuestra disciplina. No podemos renunciar a él. De ahí que debamos planteárnoslo de continuo. La actitud que tengamos respecto al saber, la crítica o aceptación del mismo, su imposición o su declinación a favor del discurso del psicótico, determinarán la posición que ocupemos en la clínica.

El profesional debe ser una herramienta del loco, nunca su director; un acompañante en la búsqueda de quién es, jamás un profesor que se lo enseñe. En este sentido, la clínica sustentada por el saber del profesional y que se ejerce en base al diagnóstico, las guías clínicas, protocolos e indicaciones psicofarmacológicas y conductuales—sea cual sea el marco teórico que recoja esta práctica— se opone a la que se cuestiona a sí misma y desconfía de los datos y uniformidades a favor de lo único y subjetivo.

La industria farmacéutica y los manuales diagnósticos actúan conjuntamente para crear generaciones de enfermos mentales



perfectamente agrupados y tratados; deshumanizados y entretenidos. Y los profesionales tenemos gran responsabilidad en ello. La psicoeducación, por ejemplo, nos muestra cómo los intereses económicos y su alianza con *lo científico*, desarrollan programas supuestamente terapéuticos que consisten en que el loco, escindido en su identidad y roto en la angustia, se recomponga según un discurso impuesto, en este caso, por la propia Psiquiatría. Esto lo observamos a diario: sujetos que pasan a ser y autodenominarse según el diagnóstico que les han dicho que tienen. Es la violencia psiquiátrica, que se extiende disimuladamente en la práctica clínica y que ya Foucault denunciaba ante la pragmática tolerancia mutua entre los profesionales.

La Psiquiatría, como la locura, está
llena de contradicciones. Son dos
experiencias demasiado similares
para separarlas tanto

El verdadero trabajo en salud mental es el que permite al profesional ser únicamente un mediador. Primero, entre la locura y la sociedad. Devolviendo la responsabilidad al psicótico sobre lo que le pasa, permitiendo que sea el que dirige su vida y su angustia y, además, luchando para disminuir el mayor generador de estigma social que existe, que no es ni la peligrosidad ni el desconocimiento, sino el diagnóstico. En segundo lugar, intermediando como instrumento para el propio psicótico, entre su parte loca, desconocida e inenunciable que le lleva al autismo y la sana, social y creativa que le configura como ciudadano. Y, por último, el profesional de la salud mental debe mediar entre el saber psiquiátrico y su disolución, entre lo evidente y lo cuestionable, lo uniforme y lo subjetivo. Consiste, a la par, en aceptar y renunciar a nuestra posición de poder y a nuestro supuesto saber.

La Psiquiatría, como la locura, está llena de contradicciones. Son dos experiencias demasiado similares para separarlas tanto. La mesa del despacho, la bata o los protocolos aumentan las distancias entre el que quiere saber y el que realmente sabe: el psicótico. La verdadera revolución ocurre cuando esas barreras de contención se disuelven y nos acercamos a la locura con los sentimientos de Gramsci en la cabeza, es decir, con el pesimismo de la inteligencia y el optimismo de la voluntad.

Valladolid, Junio 2014
Contacto: lauramartinla@gmail.com

APUNTES PARA EL TRABAJO EN UN EQUIPO DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO

Octavio Finol Benavides. Psicólogo.¹
Héctor Luna Arranz. Trabajador social.

Equipo de apoyo social comunitario "Fuenlabrada".

Red de Atención Social a personas con enfermedad mental.

Consejería de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid.

Gestión Técnica: Fundación Manantial.

INTRODUCCIÓN

La llamada "Reforma psiquiátrica" en España se identifica con la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad de 1986. Esta introdujo un reordenamiento administrativo y de las unidades de atención que ponía el énfasis en una red de estructuras intermedias y apoyos comunitarios para la rehabilitación e integración social de los pacientes (Ley General de Sanidad 14/1986, comentada, 1987).

Resultado de este proceso, hace 9 años, y tras la puesta en funcionamiento de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), las Residencias (anteriormente Mini-residencias), los Centros de Día (CD) y los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL), surgen en 2005 los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC). Su intención es la de atender, desde una perspectiva comunitaria, a dos tipos de usuarios. Por un lado a personas atendidas desde los Servicios de Salud Mental que no tienen necesidad de acudir a un centro o participar en un programa intensivo de rehabilitación porque con un apoyo mínimo pueden estar en su domicilio (no necesitan otro recurso de la Red), y por otro a aquellas personas con un seguimiento casi inexistente desde los Centros de Salud Mental por tener dificultades de aislamiento social, por falta de recursos o habilidades, o por no poder o no saber cómo demandar ayuda. Estos Equipos de Apoyo Social Comunitarios son equipos multiprofesionales, formados por un trabajador social, dos educadores sociales y un psicólogo (Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007, 2003).

El abanico de actuaciones desde el Equipo de Apoyo es muy amplio, por lo que la flexibilidad es su característica principal. El Equipo se adapta al usuario, a su contexto y a los diferentes momentos de la relación con él. Esta relación estará reforzada desde el vínculo establecido entre el profesional y el usuario, y que marcará una intervención más directa o inmediata, así como el trabajo de coordinación entre los diferentes equipos técnicos involucrados.

Los Equipos de Apoyo son el último recurso diseñado por la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica y Duradera. En contraste a otros recursos de atención, lo escrito hasta ahora sobre su práctica es escaso. Como todo dispositivo de este tipo, en su puesta en funcionamiento se encuentra con innumerables dificultades que deben ir encontrando respuesta en el hacer. Así se irá generando un conocimiento práctico que debe ser incluido en una reflexión continuada sobre la intervención para ir desarrollando un modo propio de actuación.

1) Correspondencia:
ofinol@fundacionmanantial.org;
hluna@fundacionmanantial.org
C/ Leganés 59 local. 28945-Fuenlabrada (Madrid)

La necesidad social desde la que surgen los Equipos de Apoyo no es única de la realidad española. En otros contextos se han diseñado estrategias similares que permitan acceder a poblaciones que no tienen posibilidad de recibir atención institucional. De tal forma que la esencia de los EASC es dar cobertura a los lugares donde la institución no llega, como puede ser el domicilio, el barrio, el contexto propio del usuario. Del surgimiento de los EASC se definen los objetivos de su intervención: el trabajo en el contexto del usuario para fomentar su integración y autonomía en su cotidianidad, y el mantenimiento de un lazo social que le permita estar vinculado a un espacio de interacción con otras personas.

De la confluencia del espacio de trabajo y de los objetivos de los mismos, surgen las particularidades de la intervención. Los fenómenos que en ella acontecen serán únicos y diferentes a las interrelaciones surgidas en otros dispositivos. Por lo tanto debe exigirse una reflexión propia de las “manifestaciones” que suceden en el quehacer de los EASC, ya que darán un carácter de especificidad a nuestra intervención. Entendemos que la reflexión que se realice de la intervención de los Equipos de Apoyo tiene que surgir de su práctica misma, porque aun cuando la teoría elaborada desde otros contextos puede contribuir a nuestra reflexión, esta transferencia de conocimientos acumulados no es inmediatamente aplicable. Nuestro proceso de reflexión debe nutrirse de lo específico de cada caso y abarcar las constancias que encontramos en todos los EASC del territorio. La capacidad que tengamos para ir definiendo nuestras particularidades redundará en una práctica más efectiva, en definiciones de objetivos más precisas y en la clarificación de nuestros roles profesionales.

TRABAJANDO DESDE EL VÍNCULO

Antes de hablar sobre el vínculo hay que destacar la importancia que tienen en la intervención con usuarios, los valores éticos del profesional, la forma de entender la enfermedad mental y los procesos que, entendemos, nos llevan a alcanzar una vida con sentido. El trabajo con los usuarios y la relación que se establece con ellos, conduce ineludiblemente al profesional a ser interpelado constantemente sobre los preceptos con los cuales estructura “su buena práctica profesional” y que lleva en muchas ocasiones a tomar partido en relación a lo que se debe o no se debe hacer.

Nosotros entendemos la intervención desde un conjunto de ideas que tienen como misión fundamental potenciar el protagonismo y la responsabilidad de la rehabilitación en el usuario.

Es decir, facilitar que el usuario sea una parte activa en su proceso y que se responsabilice de su situación para, con el apoyo del profesional, planificar un recorrido que surja de los propios intereses de la persona. Es un conjunto de ideas que hablan del empoderamiento, de que el sujeto llegue a ser capaz de tomar sus propias decisiones, definir sus objetivos y planificar los pasos necesarios para alcanzarlos. Es un modelo que surge de una crítica al asistencialismo y al modelo hospitalario en el que los profesionales dictan la pauta a seguir, una actitud que es continuada por los familiares y todos aquellos que participan del proceso, olvidando darle voz al sujeto. Es ético considerar que toda persona tiene capacidad de elección, aun cuando su cordura esté puesta en duda.

Por otro lado, y quizá más importante, pensamos que el hecho de que el usuario se implique en su proceso personal, aumenta la motivación, su capacidad de decisión, la responsabilidad de sus actos e incluso fomenta el manejo de la frustración cuando no alcanza sus aspiraciones. Es, en definitiva, el proceso natural de desarrollo por el que pasa toda persona. Es una intervención que contribuye a la reconstrucción de una vida truncada por la problemática mental donde los profesionales acompañan, asesoran, orientan, un proceso en el que, a medida que avanza, la persona se convierte en sujeto de la acción y no en un mero “objeto” dirigido, con la intención de fomentar su autonomía e independencia, que en definitiva es lo que se busca.

De la misma forma que trabajamos conjuntamente con la persona para encontrar un camino que le permita una vida más satisfactoria, estamos obligados a ofrecer una esperanza acorde con sus posibilidades. Desde el Equipo de Apoyo sabemos que la conquista de espacios en los que pueda desarrollar su autonomía y las relaciones sociales, mejorará sustancialmente sus condiciones de vida. Es en estos espacios donde el usuario puede encontrar una satisfacción personal a pesar del trastorno. La esperanza no tiene que estar centrada en un fármaco milagroso, sino en la cotidianidad, en la rutina diaria, en el deseo de relacionarse con los amigos, estar con la familia, hacer las gestiones planificadas y sentir que se es parte de lo social. Durante la intervención se transmite una convicción en las potencialidades del usuario para su recuperación que paulatinamente incorpora en la percepción de sí mismo para empezar a dar pasos en su proceso.

En la intervención realizada desde los EASC se destaca una característica fundamental, “el trabajo cercano con el usuario”. Los profesionales que trabajamos en los EASC compartimos con el usuario su contexto cotidiano, su barrio, el bar al que

acude habitualmente, la casa, e incluso su habitación. El medio donde se trabaja es muchas veces un espacio muy personal del usuario, y en él las relaciones que se establecen no están sujetas a los estándares de las relaciones institucionales o a las que se crean en los centros a los que acuden habitualmente. Este tipo de intervención hace que las situaciones con las que se encuentran (profesional y usuario) sean más diversas abarcando una amplia gama de posibilidad de experiencias que pueden ser vividas por ambos.

Estas características del trabajo hacen que la relación que establece el profesional con el usuario sea “más estrecha”. Para algunos, esta cercanía de la relación es un riesgo, debido a que la involucración emocional puede afectar negativamente la intervención. Puede pensarse que los procesos personales que se despiertan en el profesional entorpecen el proceso de recuperación, obstaculizan la toma de decisiones y dificultan las coordinaciones. Tradicionalmente se ha enseñado a mantener una actitud ante el paciente “objetiva”, distante, neutra, despersonalizada, incluso fría. La justificación se basa en “la razón” de una toma de decisiones aséptica de lo que hay que hacer según determinado protocolo.

Hay que recordar que estamos hablando de personas que tienen dificultades para la vinculación social y que muchas de ellas han estado aisladas de una red social durante años. En muchas ocasiones nosotros nos convertimos en esa primera relación social significativa que el sujeto tiene desde hace tiempo. En Latinoamérica llamaron durante un tiempo al acompañante terapéutico² “amigo cualificado” ya que nos manejamos en esa frontera en la que el grado de intimidad es mayor que en las relaciones profesionales tradicionales (Duarte 2005, Chev ez 2012, Rossi 2007). En algunas citas, la duraci3n de las intervenciones individuales puede llegar a ser m as larga de lo habitual ya que acompañamos a la realizaci3n de gestiones, propiciando la aparici3n de aspectos m as espontáneos de las personas implicadas, que abren la posibilidad de una relaci3n diferente. La estrechez del vínculo establecido con el Equipo de Apoyo permite llegar a espacios íntimos del usuario que facilitan el hecho de que nos coloquemos como una referencia.

Diferentes autores de distintas disciplinas a lo largo de la historia han resaltado la importancia de la relaci3n que se establece con el usuario paciente, entendiendo que en la necesidad de ayuda el profesional debe mostrar empatía, interés,

respeto, comprensi3n, etc. Desde la psicología humanista Rogers señalaba que el profesional tambi en es persona y debe mostrarse humano, espontáneo, cercano. Incluso la alianza de trabajo, o la alianza terapéutica es un constructo que trata de describir la compenetraci3n, la motivaci3n de un trabajo conjunto hacia un objetivo. Desarrollos m as recientes hablan de la construcci3n de un vínculo intersubjetivo, entendiendo que en el trabajo terapéutico son ambos miembros de la d ada los que aportan a la relaci3n. (Pich3n-Riviere 2007, Coderch 2001, Stolorow 2004).

Así pues, “la relaci3n” es un elemento importante para nuestro trabajo con el usuario. No existen instrumentos que medien entre profesional/usuario ya que la forma en que se establece el intercambio comunicacional es directa. El instrumento de observaci3n son los profesionales mismos. Esta situaci3n conlleva a la necesidad de estar centrados en la evaluaci3n de la relaci3n. Es importante estar atentos a las formas particulares en las que se establece, atender a los aspectos que van m as allá de los elementos conscientes compartidos entre el usuario y el profesional, aspectos que entran dentro del espectro de lo emocional, donde se incluyen los valores personales, las fantasías, los ideales y las expectativas. El “vínculo”, es un concepto que trata de explicar una relaci3n de la que forma parte todo aquello interno, así como lo no explícito que sucede en la relaci3n entre dos personas.

De tal forma que los aspectos personales del profesional participan tambi en en el proceso; son en sí mismos herramientas potenciales de transformaci3n. No hay un instrumento al margen de la persona que interviene, de la persona en relaci3n, sino que el propio profesional es el “instrumento” de la acci3n. Por ello se deben rescatar aquellas cualidades del profesional que permitan establecer vínculos cercanos y positivos, capaces de incorporar en la intervenci3n una experiencia significativa. El profesional es una persona con una determinada forma de ser, y se relaciona con otra persona que tiene su propia forma de ser diferente. En los intercambios comunicacionales se debe construir un tipo de relaci3n que permita al usuario experimentar formas adecuadas de solventar las vicisitudes con las que nos encontramos en la cotidianidad de la vida social y que quizás no se han podido tener a lo largo de la vida.

Con esta intenci3n entendemos que desde los inicios del proceso, el usuario necesita una persona de referencia que funcione en principio como un apoyo. Con el que pueda compartir

2) El Acompañamiento Terapéutico es un dispositivo de calle surgido en Latinoamérica para atender a pacientes de los servicios de psicología en su domicilio.

su experiencia personal en torno a su situación, en quien confiar sus sentimientos, temores, angustias, incertidumbres, y se convierta en un referente válido, “porque confía”, “porque escucha”, “porque entiende”. Este es un primer momento que definimos como establecimiento del vínculo. Es habitual que al principio no se sepa muy bien qué se está haciendo, porque esta intervención no entra dentro de los modos habituales de aconsejar, ordenar, prescribir o criticar, sino que consiste simplemente en estar con la persona, conocerla y permitir que nos conozca, siendo capaces de establecer una comunicación fluida en la que el usuario se sienta a gusto con un “otro”.

Entendemos que esto debe ser así por que el usuario, a menudo, está encerrado en su mundo interno. Es como, haciendo una especie de analogía, si “el usuario tuviera que levantar los ojos para primero mirarnos y posteriormente, si lo que ve le gusta –si son gratificantes las experiencias vividas–, quizás le interese ver más cosas”. Somos una canal de comunicación de su mundo particular con el resto del mundo, el de todos, el que requiere ajustarse a normas, a unos deberes sociales, a un compromiso con la comunidad. Un mundo en el que es necesario responsabilizarse de sus cuidados y de su salud, disfrutar de derechos y cumplir con obligaciones, y es allí donde el camino de la rehabilitación encuentra su sentido. Por ello el “enganche” en nuestro trabajo es vital, nosotros somos y debemos ser un recurso cercano.

El vínculo se convierte así en un dinamizador, en un motivador en sí mismo. El profesional, a través del apoyo y la compañía ofrece espacios recompensantes que van construyendo una nueva historia vital en la que las nuevas experiencias son vividas con menor ansiedad, con más confianza y con una mayor organización, contención e independencia. Estos aspectos contribuyen a la adquisición de fórmulas nuevas de actuación que reconfiguran la posición del usuario dentro de su entorno social. Todo esto lo hacemos desde la acción, en el **acompañamiento** en la realización de actividades cotidianas, estableciendo rutinas de actividad relacionadas con la limpieza, el orden, la alimentación, acompañando al usuario al centro de salud, en la búsqueda de información formativo-laboral, en la resolución de gestiones legales, etc. Estamos en su día a día, trabajamos desde su contexto, desde el hacer las cosas que conforman “lo cotidiano”. Se busca que el usuario nos sienta a su lado, no las 24 horas del día, sino en su proceso, en su camino de gestiones, de actividades, de relaciones, de comunicación con el otro, etc. Esto es lo que hace un acompañamiento cuya intención es incorporar al usuario a la red que implica lo social.

El ordenamiento exterior establecido por las rutinas, permite una estructuración interna que le ofrece una realidad, un mundo más entendible, predecible y manejable. Es un vínculo que ordena a través de los días de visita, los temas de conversación, las acciones rutinarias, etc. Son aspectos que hablan del establecimiento de un orden temporal y espacial, que funcionan como un “principio de orden” en la vida del usuario. El profesional inicia este proceso y puede guiarse por indicadores verbales como “te esperaba para comentarte...” o “me he puesto esta camisa porque venias hoy” o “me gustaría que me acompañaras a...” que señalan que el profesional es una referencia. Ya no es alguien externo, que está afuera, si no por el contrario es alguien interno, está dentro de los pensamientos. El usuario “lo piensa” –al profesional–, le busca una posición de importancia en su mundo interno, está simbolizado dentro de un conjunto de asociaciones significativas que van acompañadas de emociones compartidas durante un tiempo prolongado en una historia que les une. Es una manifestación de cómo algo de lo externo se incorpora al entramado interno, y si bien muchas veces no se entiende la importancia de “estar ahí”, hay que pensar que lo que se está haciendo es construir una nueva historia en compañía.

Estos dos aspectos, el hecho que de que se pueda establecer una regularidad de citas que fomenten el establecimiento de un vínculo cercano capaz de convertirse en una referencia para el usuario, a través de una rutina ordenada de actividades que estructuren su cotidianidad, sienta las bases para una apertura social. La experiencia con nosotros debe ser una experiencia que potencie el establecimiento de otros vínculos sociales, nuestro trabajo es crear un espacio en el que se ensaya la experiencia de relacionarnos con los demás.

TRABAJO EN RED

Desde el Equipo de Apoyo se trabaja con personas que por lo general tienen dificultades para relacionarse en sociedad. El aislamiento, la apatía, la anhedonia son, en definitiva, dificultades para entender la realidad, para relacionarse con ella, para “estar” en “lo social”. Trabajamos sobre esas dificultades de una manera directa; acompañamos en el “no salir”, en el “no apeteecer”, en el “no hacer”.

Los profesionales del Equipo de Apoyo somos conocedores del contexto en el que vive la persona. Somos también, resultado del trabajo cercano del que hablábamos antes, conocedores de las condiciones individuales de la persona, de sus circunstan-

cias más particulares. Derivado de este doble conocimiento, tenemos una función privilegiada que el propio usuario nos asigna, la de dinamizar sus redes sociales de apoyo. Con ello nos referimos a “tejer” lazos de unión entre la persona y el mundo que tiene alrededor conformado por, desde sus vecinos, familiares y otros grupos, hasta organismos de la administración pública, pasando por los comercios, cafeterías y servicios de su entorno. Estas redes suponen nuevas estructuras que ordenan y que hacen más permeable la comunicación entre el individuo y su contexto social.

La inserción social hace referencia a la participación de la persona en la sociedad. Una participación que implica tener capacidad para influir en el entorno social y mejorar tanto su calidad de vida como la propia comunidad. Supone también hacer uso de los derechos y obligaciones que se tienen como ciudadanos y ser, una vez más, un agente social activo.

La cantidad y calidad de participación de la persona en su entorno precizarán el grado de inserción social. En ella se incluyen diferentes esferas referidas, entre otras, a: posibilidades para el ejercicio de los derechos sociales (acceso a la vivienda, sanidad, educación,...), mantener una actividad (laboral o social) que favorezca los procesos individuales de autonomía e identidad, contar con una variada red de relaciones (apoyo familiar, social,...), etc. Las inserciones sociales, entendidas como los diferentes lugares en los que situarse para participar en/de una sociedad deben ser, como se ha dicho, diferentes. Las inserciones sociales únicas no sólo no son buenas ni suficientes para establecer una relación saludable con la sociedad. Además, debe haber relaciones con diferentes Instituciones o grupos sociales, de otro modo, lo que nos encontraremos será a una persona relacionándose con una Institución, o con un grupo, pero no con la sociedad en general.

Desde el Equipo de Apoyo se interviene para ayudar a la persona a articular nuevos lazos sociales, a multiplicar interacciones perdurables con su entorno, en definitiva, a desarrollar su red de vínculos sociales³. Con ello, paulatinamente se irán desarrollando también otras “esferas” de la persona, se crearán nuevas redes, y se establecerán relaciones con diferentes instituciones; lo que podría ser, yendo más allá, vínculos transinstitucionales. Estos serían aquellos vínculos sociales que se crean transitando “a través de” diferentes Instituciones sociales, no

físicas sino intangibles, mucho más allá de las relacionadas con los recursos de atención a la salud mental (Centro de Salud Mental, Agencia Madrileña para la Tutela de Adultos, Asociaciones, Centros Base, Centros de Rehabilitación, etc.) y de otros espacios terapéuticos (Martínez Hernández, 2009: 11). Puede ser la Institución de la familia, el sistema educativo formal e informal, Instituciones religiosas, gubernamentales, judiciales, las relacionadas con el trabajo, con el Mercado, etc. Donde lo importante es el hecho del tránsito saludable entre ellas, y no el inscribirse en una sola o el haber llegado a “tocarlas”. Ahí está la meta de la vinculación social, en entender y recorrer las distintas Instituciones de manera fluida. Más que nunca, la meta está en el camino.

El conocimiento previo del medio, la movilización de redes y la inserción transinstitucional se traduce en un recorrido que lleva a la vinculación social de la persona. Ésta, además de conseguirse en el proceso del acompañamiento, como antes se explicó, se logra mediante el trabajo en red, entendido éste como *el trabajo sistemático de colaboración y complementación entre los recursos locales de un ámbito territorial. Es más que la coordinación (intercambio de información), es una articulación comunitaria.* (Ballester, Orte, Oliver y March, 2003: 2).

De acuerdo al Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica: *el EASC desarrollará su intervención desde una lógica de complementariedad y trabajo en red con los Programas de Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental de referencia. Y también con aquellos servicios o recursos que estén implicados en la atención a usuarios o puedan resultar necesarios para promover su rehabilitación e integración (Centros específicos, Servicios Sociales, instituciones, asociaciones, etc.).*

La misión del Plan de atender las necesidades sociales de las personas con enfermedad mental y promover su integración social también se hace realidad a través del trabajo en red del Equipo de Apoyo: Distintas reuniones periódicas con el Centro de Salud Mental, con Servicios Sociales, con Residencias y Centros de Día, etc. que no se basan en el mero intercambio de información acerca del usuario. Además las que se establecen con los diversos centros comunitarios, asociaciones municipales, y demás recursos que permitan la creación de una red que ayude a articular el sistema de socialización de la persona. El Equipo de Apoyo, en el acompañamiento las hace presentes para la persona, y a través del trabajo en red acerca a ellas la realidad del sujeto facilitando esa comunicación entre individuo y comunidad.

3) Con vínculo social nos referimos a la especial relación entre individuo y sociedad, mediante la cual se logra la inserción social, y que es diferente al vínculo personal entre profesional-usuario del que se habló en el anterior apartado.

Entendemos el éxito del trabajo en red, desde el punto de vista profesional, en tres ámbitos diferentes.

El trabajo en red es útil en primer lugar para el **conocimiento profesional de las redes**, de lo que existe en la sociedad, de los recursos sociales e Institucionales donde acudir cuando se precise.

Antes de la reforma psiquiátrica, la institucionalización implicaba que todas las necesidades de la persona interna eran cubiertas desde un solo sitio, desde esa “Institución total” de la que habla Goffman (Goffman, 2001: 15). Tras la “desinstitucionalización”, la persona se inserta en un entorno comunitario y la atención pasa a darse desde diferentes dispositivos. Desde el Centro de Salud Mental, los Servicios Sociales, asociaciones diversas y otros centros y recursos comunitarios. Por lo que, en segundo lugar, el trabajo en red se hace necesario para que los mismos aspectos de la persona no sean atendidos varias veces desde distintos recursos, para que ninguna persona se quede “en tierra de nadie”, para no promover el asistencialismo, en definitiva, para **optimizar la intervención**.

En tercer lugar, y donde el trabajo en red se hace fundamental, es en su función de espacio donde **integrar miradas diferentes**. Como se ha comentado, ocurre que una misma persona es atendida por distintos recursos, y en cada uno de ellos quizá por varios profesionales, que son también varios focos de intervención. A veces nos encontramos con que desde el Centro de Día, el EASC y el Centro de Salud Mental, por ejemplo, se tienen percepciones diferentes del usuario en cuanto a capacidades y déficits. Esto tiene mucho que ver con la propia lógica de las relaciones humanas, ya que la persona se presentará frente a cada profesional y en cada recurso de un modo determinado, el tipo de vínculo que se establecerá será diferente, los roles que asuman cada una de las partes también lo serán, y la información que se “ponga en juego” en cada relación nunca será la misma. La persona “es” todas las distintas presentaciones y roles con los que se muestra en cada recurso y que se ponen sobre la mesa en el trabajo en red, y muchos más. Los otros dispositivos pueden tener una visión del usuario distinta a la nuestra, pero tan válida como la propia. Hay que estar abierto a ese nuevo flujo de información, interpretaciones y perspectivas. Hay que ser flexible para saber acogerlas como parte de la una realidad de la persona que nosotros no vemos. El trabajo en red será el espacio donde crear un lenguaje común a todos los implicados, que sea claro y permita cooperar, aprender y reconocer las limitaciones del propio recurso y del profesional.

Por otro lado, el trabajo en red no sólo es un lugar de intercambio, entendimiento y cooperación, sino algo más profundo. Es un espacio de reflexión en el que los profesionales nos convertimos en generadores de conocimiento. Es, en este espacio, donde se crea conjuntamente “el caso” a partir de los conocimientos e hipótesis que cada profesional comparte sobre el usuario. Como señala J.R. Ubieto, *uno de los objetivos básicos del trabajo en red es conseguir producir colectivamente un nuevo saber sobre el caso tratado* (Ubieto, 2012: 42). Partiendo de la visión de la persona que cada equipo técnico comparte en los espacios de coordinación, pueden consensuarse objetivos comunes que cada equipo trabaje desde su metodología y técnicas propias. Así se podrán planificar itinerarios de actuación compartidos, y hacer el trabajo más eficaz, generando a su vez seguridad en el usuario.

Cuando no se establece una buena práctica bajo esta filosofía, las consecuencias son costosas. Algo inmediato son los conflictos que se crean entre dispositivos de atención, que en última instancia repercuten en una consecuencia más dañina para el usuario, la mala praxis profesional. Muchas veces estos conflictos surgen de la sobreimplicación. El profesional, en su interés por cuidar a la persona, acaba por “apropiarse” de sus necesidades, de lo que le pasa, de lo que le proponen desde otros recursos, y termina responsabilizándose también de sus éxitos y sus fracasos. El profesional acaba entendiendo el punto de vista propio como el único válido, erigiéndose el abanderado del proceso de recuperación de la persona. Aunque resulte paradójico, la sobreimplicación hace que el usuario deje de ocupar el lugar central de la coordinación, y ese lugar sea ocupado por las intervenciones profesionales individuales y las “relaciones de poder” entre recursos por el protagonismo en el caso. Cuanto más sobreimplicación haya en un “caso”, más nos alejaremos de las potencialidades que el trabajo en red nos puede ofrecer. La intervención guiada por una visión parcial e ignorante de lo que desde otros recursos se está haciendo, provocará que surjan líneas de trabajo disonantes e incluso contradictorias, que acaban por paralizar la intervención, crear confusión en el usuario, y un malestar muy grande entre los profesionales, derivado de la ineficacia de la misma. Por otro lado, como recuerda J.R. Ubieto, el profesional que no realiza su labor bajo la óptica del trabajo en red, interviene sin la necesaria contención que aquella ofrece. Las situaciones de “urgencia” que a menudo se dan en el trabajo necesitan ser elaboradas con el aporte de las diferentes visiones y voces técnicas. De otra manera se corre el riesgo de un trabajo guiado por la angustia y expresado exclusivamente desde el hacer precipitado, en el que no hay lugar a la reflexión (Ubieto, 2012: 39).

Debe conocerse el funcionamiento del resto de recursos que trabajan en la rehabilitación, y dar a conocer la lógica del trabajo del EASC. A partir de ahí será más fácil escuchar otras voces profesionales sin desacreditar a los dispositivos que tengan una visión distinta a la nuestra; incluso estar dispuestos a ceder y dejar que entren otros para lograr una “anti-institucionalización total”.

DISCUSIÓN

La experiencia obtenida de la intervención con personas con problemas de salud mental desde los Equipos de Apoyo, nos permite perfilar las particulares potencialidades que tiene este recurso y esta forma de intervención. Su creación, a partir de la constatación de necesidades observables que surgen de la dinámica social, nos obliga permanentemente a reflexionar sobre aquello que nos encontramos en la práctica, con la intención de mejorar la intervención, minimizar el agotamiento de los profesionales y, fundamentalmente, poder dar una mejor atención a las personas usuarias del recurso.

Hemos querido destacar el trabajo necesario que hay que realizar con respecto al vínculo que se establece entre el profesional y el usuario, entendiéndolo como una ventaja que proporciona este recurso específico y que contribuye a generar cambios favorables.

La especial relación de los profesionales del Equipo de Apoyo con los usuarios, de naturaleza casi íntima, compartiendo espacios y situaciones cotidianas en las que se desarrolla el vínculo personal, otorga a aquéllos un lugar único en los espacios de coordinación.

El profesional trabaja con la persona en su casa, por sus calles, en su barrio; comparte con ella su “medio natural”. Más allá de su asistencia a los diferentes recursos de atención, es en ese entorno comunitario propio donde se desarrolla el grueso del día a día de la persona, donde discurre su cotidianidad “auténtica” como ciudadano al margen de aquellos lugares donde el rol significativo que ocupa es el de “usuario” o “paciente”. La persona es usuaria del Equipo de Apoyo, pero en los encuentros con el EASC, es fundamentalmente usuaria de su entorno, de lo cotidiano, de la sociedad finalmente. Asimismo, este lugar que es lo social cobra más importancia porque es donde, tras los distintos procesos de atención transcurrirá su vida futura.

Por último, el EASC tiene el privilegio y la responsabilidad de funcionar como un canal de comunicación, que traslada información e indicaciones desde el Centro de Mayores al CSM, desde Servicios Sociales a la voluntaria que acompaña a una usuaria, desde el colegio de la hija de un usuario al Programa de Familias correspondiente, etc. El trabajo en red es una constante, algo transversal a lo largo de todo el proceso de atención. El trabajo en red del EASC supone la movilización de apoyos formales e informales del entorno de la persona que redundarán en el fortalecimiento de su red social.

Por todo ello queremos destacar que tanto el vínculo establecido con el usuario y la coordinación realizada con los diversos equipos que participan en el caso, son herramientas de actuación centrales en la intervención, y no fenómenos aleatorios y secundarios del proceso. El uso a conciencia y sistematizado de ambas variables facilitará la creación de las condiciones necesarias para la integración y participación social de usuario.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballester, Orte, Oliver y March. (2003). *Metodología para el trabajo socioeducativo en red*. IV Congreso Estatal del/a Educador/a Social. <http://www.eduso.net/archivos/IVcongreso/comunicaciones/c65.pdf>
- Coderch, J (2001) *La relación paciente-terapeuta*. Barcelona, Paidós.
- Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid, (2003). *Plan de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y crónica (2003-2007)*. Madrid.
- Chevez, A. (2012) *Acompañamiento terapéutico en España*. Madrid, Grupo 5.
- Duarte K. (2005) *Ética y técnica en el acompañamiento terapéutico*, Brasil, Unimarco
- Goffman, E., (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Martínez Hernández, A. (2009) Más allá de la Rehabilitación Psicosocial. Metáforas de exclusión y tareas de inclusión. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. Vol.1, N.1.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, (1987). *Ley General de Sanidad 14/1986, comentada*. Madrid.
- Pichón-Rivière (1989) *Teoría del vínculo*, Buenos Aires, Nueva visión.
- Rossi, G. (2007) *Acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires, Polemos
- Stolorow, R, Atwood, G. (2004) *Los contextos del ser*. Barcelona, Herder.
- Ubieta, J.R., (2012). *La construcción del caso en el Trabajo en Red. Teoría y práctica*. Barcelona: Ed. UOC.

hem(●)s leído...

Pablo Molina González

SOBRE LA LOCURA

Fernando Colina

“Sobre la locura” puede ser un libro que asuste, a cada lector desde una esquina diferente. Sin embargo, pasado ese susto inicial, creemos que el libro es una exhortación tranquila a hacer. A hacer de otro modo con la locura. A hacer también con algo de locura, “sin pragmatismo ni evidencia”, tratando de acortar distancias con ella, tanto racionales como físicas.

Y no es sólo una invitación a hacer en la intimidad de cada uno con el loco, o sea, de puertas para adentro de la consulta, porque “desgraciadamente, nuestra tarea clínica no se desarrolla en un ambiente aséptico y recogido, a solas entre el loco y el alienista, sino que siempre se interfieren la familia y la sociedad”.

Por eso, todo el libro está atravesado de una militancia decidida contra el discurso científico y biomédico de la locura, que es el que impera, el que está siempre ya ahí, el que subyace cuando alguien se declara imparcial, el que educa en la enfermedad. Ese que con tanto beneficio nos han vendido y, tan cómodamente (pero no sin consecuencias), hemos comprado. El discurso que dice seguir a Kraepelin, psiquiatra que “encontraba una gran ventaja clínica en no entender la lengua de los enfermos”. El discurso del “sujeto cerebral” y el “control químico”.

Pero tampoco es sólo este “Sobre la locura” una nueva propedéutica que vuelva a tratar de mantener a raya, a arrinconar (para fácil manejo), a la locura en otro lugar radicalmente otro y opuesto al de normalidad. Sino que el libro, siguiendo la advertencia o el pliegue foucaultiano que interpreta la historia como “aquello que nos aleja de nosotros mismos”, se acerca, con sus teorías preferidas pero deponibles, a la “rebeldía” y deslumbrante clarividencia del loco. Loco que, desde esta perspectiva, “representa una indagación sabia sobre los límites del hombre y su verdad”, “pues la angustia del loco no apunta tanto a los riesgos del individuo como a las amenazas que acechan a la humanidad”.

Tirando de esto, “hoy podemos llamar esquizofrenia a las consecuencias que experimentan algunos desafortunados ante la abertura excesiva de esa grieta contemporánea que define nuestro tiempo”. Grieta, herida o yaga de nuestras entretelas de cuyos cambios a lo largo de las épocas trata de hacerse cargo esa disciplina llamada historia de la subjetividad, que Colina frecuenta y hace comparecer como radio fundamental del mapa circunferencial que este libro es. Herida que, como dice uno de esos humoristas que suspenden el sentido, quizás sea más grande que los cuerpos que la albergan. Naufragio o exiliado del lenguaje, el loco, “provisto con una linterna en sus manos” como acertó a decir Nietzsche, nos alumbraba esa herida que es nuestro sustrato, nuestro fondo, y nos compete, queramos o no. El loco habita de forma imposible esa herida que es su único mundo, salvo que lo decore y adecente (con escaso margen de mejora) con el brutal trabajo delirante.

Radicalmente inefable por ser siempre sin lenguaje, “soy un completo abismo” es todo lo que pudo decir Artaud, esta geografía que enclava al loco puede ser representada como un “paisaje árido y mudo”, del que el cielo se aleja cada vez más en la

modernidad, y del que “se arrancan las pulsiones que arrasan la conciencia del psicótico con su estrépito horrísono y su sobrecogedora indistinción de vida y muerte”. Mirando allí, quedamos advertidos que sin los señuelos del deseo (que son el abuso que el lenguaje permite y exige, y del que los locos quedan excluidos), sin ellos, esa es nuestra verdad y el mundo al que nos acercamos peligrosamente.

Y se nos adelgaza el deseo cuando sólo nos limitamos a ser hombres “biológicos y económicos”, pasivos y de gozoso consumismo. Remendones del deseo, tejamos malla simbólica que lo sostenga y lo ascienda, que llegue al cielo y lo retenga, para que el horizonte no se siga abriendo y desdibujando.

Ni la violencia insoslayable de esos lugares simbólicos (llámense familia, trabajo o sociedad), ni el poder que siempre acarrean los discursos que podamos realizar desde su interior, nos eximen de tomarlos a cargo cada vez, de hacer y desear, de remover espacio y tiempo, cielo y tierra. Hay que asaltarlos y delirar, quizá llevar a cabo una revolución.

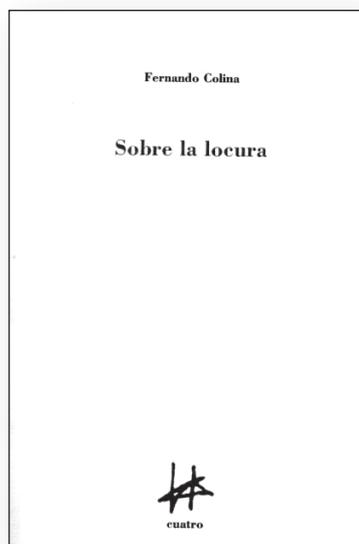
En el libro no se escamotean la violencia ni el poder, se los atiende bien, como a los locos, como a nosotros mismos, véase, tendiendo idealmente a la libertad y midiendo cada vez las distancias.

Se nos recuerda que la trampa que dispone el mal clínico consiste en ofrecer una única opción, casi siempre farmaco-

lógica, y si el loco no la coge, esperar. Esperar altivo o condescendiente, relamiéndose, sabiendo que tarde o temprano, con el rabo entre las piernas, descompensado, el loco volverá, dándole la razón y suplicando perdón y pastilla. Dejarnos arrastrar también es caer en esa trampa, aceptar la única opción propuesta de mercancía y nada. Y entonces, cada vez más adictos, deprimidos, impulsivos e hiperactivos, viviremos hacinados y pobres en el estrecho límite entre las psicosis y lo otro.

Y esperemos que entonces el loco sume una risa más a las que le salen a Colina en este “Sobre la locura”: la de reírse de todos los que se le acercan por no usar y abusar de aquello que debían y que a él siempre le estuvo vedado.

“Tan interesante como es el cazador Gracchus –ése es mi convencimiento y ninguna adulación–, no hay tiempo para pensar en él, de informarse acerca de él, más aún, no hay ni siquiera tiempo para preocuparse de él. Tal vez en el momento de la muerte, como el de Hamburgo, eso no lo sé. Quizás agonizando en la cama ese hombre laborioso tuvo por vez primera tiempo para estirarse y dedicar algunos de sus ociosos pensamientos al verde cazador Gracchus. En otro caso, como ya he dicho: yo no sabía nada de ti, estaba aquí, en el puerto, por asuntos de negocios, vi la barca, la pasarela estaba dispuesta y pasé por ella. Pero ahora quisiera saber algo de ti”. (Del relato “El cazador Gracchus” de Kafka).



panóptico

**SE DESCONOCE MECANISMO POR EL CUAL
UN CONSEJERO DE SANIDAD DE MADRID
PUEDE CONVERTIRSE EN UN ANIMAL.**

No es posible dar un mensaje de tranquilidad a la población todavía.



Fuente: alenotes.com

John Bush Redacción del Panóptico. Madrid. La Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad ha creado un comité de expertos para analizar las causas por la que un Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid puede acabar convertido en un animal. El Ministerio de Sanidad ha decidido tomarse en serio esta cuestión a raíz del último caso sospechoso. “Nos gustaría poder lanzar un mensaje de tranquilidad a la población, pero la realidad es que, a día de hoy, no podemos” ha comentado a título personal uno de los expertos del panel. Los expertos tratan de delimitar los factores de riesgo para saber si se trata de un proceso infeccioso de incubación larga que afecte al cerebro, bien una contaminación ambiental tóxica o alguna predisposición genética. “No descartamos ninguna posibilidad, nuestro objetivo es hacer un protocolo para que no se repita”, continúa uno de los epidemiólogos. Preguntados por la posibilidad de sacrificar al animal se muestran cautos: “se trata de un problema ético, ya que aunque no lo parezca, no podemos descartar que conserve algo de humanidad” han comentado. Grupos animalistas, alertados por esta posibilidad, han lanzado una campaña en las redes sociales “Salvad al animal del Consejero”.

**IDC-SALUD Y SANITAS SE ADJUDICAN LA VESÍCULA
DEL CONSEJERO DE SANIDAD PARA GASTARLE
UNA BROMA PRIVADA.**

En la ecografía se veía un emoticono que le guiñaba un ojo.



Fuente: my-rome.org

Drasan Forcheczs. Redacción del Panóptico. Madrid. La semana pasada trascendió la noticia de que las multinacionales sanitarias SANITAS y IDC-Salud que gestionan actualmente varios hospitales madrileños decidieron gastar una broma al nuevo Consejero de Sanidad, Javier Rodríguez, consiguiendo que se les adjudicara su vesícula biliar mediante una concesión administrativa. De esta manera la vesícula del consejero estuvo bajo gestión privada durante unas semanas y los flujos biliares repartidos a través del Call Center. Fueron los colaboradores cercanos del Consejero los que detectaron que Don Javier tenía un problema de control de la bilis en las reuniones de trabajo, que se hacían cada vez más indigestas. Sometido a una ecografía de urgencia se podía ver nítidamente la presencia de un emoticono que guiñaba un ojo con el logotipo de las dos compañías. El Consejero pidió rápidamente explicaciones a los directivos y éstos le dijeron que era una broma. Preguntado en la Asamblea por este suceso Javier Fernández respondió que se trataba de una broma privada.

UN HOMBRE ES ATENDIDO EN UN CSM POR UNA MAQUINA DE REFRESCOS DURANTE SEIS MESES Y NI LO NOTA.

El hombre engordó lo mismo que en las consultas cara a cara.

Chucho Swimmingpoll. Redacción del Panóptico. Madrid. E.G.C, un hombre de 45 años que fue derivado al psiquiatra de un Centro de Salud Mental de Madrid por padecer ansiedad y depresiones, creyó por espacio de seis meses que la maquina de refrescos del vestíbulo era su terapeuta. El hombre, que asegura que no era la primera vez que acudía a unas consultas de psiquiatría, dice que no le parece tan rara la confusión: “La maquina hablaba lo mismo y pensé que con los adelantos en lugar de pastillas ahora lo daban en botes, así que me iba cada quince días y me cogía 20 o 30 de cada uno”. Como el hombre acabó engordando 20 kilos, le subió el azúcar” y estaba igual que al principio, pensó que el tratamiento era el correcto. De hecho estableció tan buen vinculo con la máquina que ahora tiene una relación de dependencia.

SIN ACUERDO ENTRE LOS PSIQUIATRAS Y LOS CLANES DE LA DROGA POR EL MERCADO DE LOS ESTIMULANTES.

Los laboratorios Farmacéuticos han pedido la mediación de Industria.

Carmina Lily. Redacción del Panóptico. Madrid. Tras más de 12 horas reunidos en la sede de Farmaindustria las negociaciones entre los psiquiatras y los clanes de la droga por regular el mercado de estimulantes se han roto. Tanto los representantes de la patronal farmacéutica como los clanes de venta libre acusaron a los psiquiatras de prácticas monopolistas. Así la presidenta de Farmaindustria ha advertido que la actitud de los psiquiatras podría impedir “el acceso de los ciudadanos a los mejores y más eficaces estimulantes disponibles ya que la venta libre garantiza que se produzca en el tiempo más corto posible y en condiciones de igualdad en todo el territorio” y solicita la mediación del Ministerio de Industria para salir del atolladero en que se encuentran. Un portavoz del Clan de “Los Emilios”, que participó en la reunión a tres bandas, ha señalado que los psiquiatras van a traer la ruina a muchas familias y les acusa de competencia desleal. Los psiquiatras, por el contrario alegan que sin su participación quedarán fuera del mercado los consumidores más jóvenes y exigen como contrapartida para llegar a un acuerdo el poder acceder ellos

a otras derivados anfetamínicos. Además se comprometen a impulsar entre los profesionales la utilización de estimulantes mediante campañas de concienciación y guías clínicas que acaben de vencer las resistencias de algunos de los psiquiatras a pasarse a este mercado innovador.

ASTROCANAL APORTARÁ SUS MANCIAS PARA PREDECIR EL RIESGO DE PSICOSIS.

La numerología podría ser una alternativa a las pruebas de imagen.

Primadonna Munich. Redacción del Panóptico. Madrid. Los videntes del canal televisivo Astrocanal colaborarán con destacados expertos del campo de la psiquiatría y de la biotecnología en averiguar si un joven acabará padeciendo una psicosis. Según expertos del Hospital Gregorio Marañón las limitaciones del conocimiento científico actual llevan a un gran porcentaje de errores cuando se trata de predecir que adolescentes desarrollarán la enfermedad y por eso han recurrido a los videntes que a través de sus distintas “mancias” pueden ser mucho más precisos. Lo que más atrae a los científicos es el poder de la numerología, un arte adivinatorio que, utilizando los números individuales o dobles, formula la relación que existe entre ellos y nuestras vidas. De hecho ya está en marcha un proyecto dirigido por Khira, la numeróloga del canal televisivo, para validar una escala que predice el tránsito a un estado psicótico. En palabras de la investigadora-vidente: “Hay una relación especial mística entre los números, los seres vivos y las fuerzas físicas o espirituales. La numerología nos enseña que en cada cifra vibra una energía, la cual ofrece



Fuente: borradoreportajes.wordpress.com

una información importante, tanto psicológica como espiritual que se nos muestra en su aspecto cuantitativo y cualitativo. Ofrecemos estadísticas Kármicas”. Los expertos psiquiatras creen que los videntes consiguen traducir estos números en imágenes mentales de mayor resolución que las que ellos manejan. En definitiva son más clarividentes.

RELLENA UN CHECKLIST DE SUICIDIO Y LE TOCA LA PRIMITIVA.

Se encuentra la utilidad de pasar escalas de riesgo suicida en la urgencia.

Lucas Skybeing. Redacción del Panóptico. Madrid. La Oficina Regional de Salud Mental de Madrid ya cuenta con un prueba fehaciente de que pasar un escala de evaluación del riesgo suicida en urgencia sirve para algo: una residente de psiquiatría del Hospital 12 de Octubre selló por error en una administración de loterías las puntuaciones obtenidas por un paciente en un checklist para evaluar el riesgo de suicidio y le tocó el primer premio de la lotería primitiva. Al parecer la confusión se debió a una mala guardia. Por su parte el paciente debió pensar que le tocó la pedrea, porque el boleto que debía sellarse apareció incluido en su historia clínica y ante las altas puntuaciones fue ingresado de forma involuntaria.

LA FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ EVALUARÁ A LOS PACIENTES POR “GUASAP”.

Los psiquiatras evaluarán los emoticonos que envíen los pacientes

Mike Donald. Redacción del Panóptico. Madrid. El servicio de Psiquiatría de la Fundación Jimenez Diaz se pone una vez más a la vanguardia de la aplicación de las nuevas tecnologías al campo de la salud mental con el desarrollo de un programa para realizar evaluaciones psiquiátricas a través de los emoticonos del “guasap”, que ahorrará desplazamientos innecesarios. Los pacientes recibirán en la aplicación de su móvil un mensaje con el texto “ke l pasa?” al que tendrán que responder enviando una o varias caras de los emoticonos que mejor definan su estado y otro con la atribución del mismo. El Jefe de Servicio ilustró a nuestro redactor con varios ejemplos: Si un paciente envía “carita de susto+extraterrestre” podría tratarse de un cuadro psicótico y en ese caso el paciente recibiría en su guasap la secuencia de emoticonos “ambulancia +coche de policia+hospital+candado”, queriéndole indicar que se le ingresará en contra de su voluntad. Si lo que envía es “cara sonriente-con lagrimones+10 bailaoras sevillanas+ corazón partido” el paciente tiene un estado de euforia maniaco por una pérdida sentimental y se le responde con “cápsula de medicación x 6” recordándole que debe subirse la dosis. Con este programa la Fundación Jimenez Diaz ha logrado batir



Fuente: www.kurir-info.rs



Fuente: mibrujula.com

un nuevo récord de número de pacientes evaluados por un solo profesional en un día pasando de la anterior marca de 29 pacientes a la astronómica cifra de 972. La dirección del hospital ya está trabajando en como conseguir facturar los pacientes evaluados de otros hospitales.

HABLAR DEMASIADO EN CONSULTA PUEDE TENER UNA CAUSA INFLAMATORIA.

Dar un ibuprofeno en la sala de espera optimizaría el tiempo de consulta.

Filomena Light. Redacción del Panóptico. Madrid. “Hay personas que cuando entran en las consultas no paran de rajar, y aunque se le esté dando ya la siguiente cita continúan hablándote de su vida”. Estas palabras de una psicóloga que trabaja en un Centro de Salud Mental de Madrid son corroboradas por otros profesionales del sector, que ven con impotencia como las personas cuando van a salud mental se empeñan en hablar de sus problemas en vez de centrarse en los síntomas. La locuacidad se ha convertido en un problema de difícil solución. “Las técnicas habituales para cortar el rollo como hacerse el dormido, atender al ordenador, comerse un bocadillo o sacarse cera con el bolígrafo del laboratorio no funcionan. No captan el mensaje”, asegura esta profesional. Sin embargo, investigadores de la Universidad de Oviedo parecen haber encontrado la causa del problema. “Antes la causa se buscaba en la falta de tiempo y profesionales, pero nuestras investigaciones concluyen que las personas habladoras tienen elevados niveles de interleuquinas y otros biomarcadores inflamatorios”, comenta el investigador

principal. Se trataría por tanto de una respuesta inmunológica exagerada que altera los mecanismos por los que la persona capta las señales de que está aburriéndose. “Se trata de auténticos plastas inflamatorios. Por mucho tiempo o profesionales que pongamos en las consultas no vamos a resolver el problema”, continúa el profesor de Oviedo. La investigación abre la puerta a la esperanza de encontrar un tratamiento preventivo sencillo como administrar un ibuprofeno en la sala de espera a los individuos de riesgo.

ENCUENTRA UN GEN-CANDIDATO DE LA BIPOLARIDAD Y SE HACE UNA TORTILLA.

Son más útiles si se comen frescos, en ensalada o como pieza de fruta.

Joseph Mulberrytree. Redacción del Panóptico Madrid. Una investigadora del Massachusetts General Hospital se encontró un gen de la bipolaridad en el departamento de frío de su nevera y como no sabía que hacer con él cogió tres huevos camperos y se hizo una tortilla francesa que le salió demasiado cuajada y sosa. Tras ser informado, el jefe del departamento, Profesor Biederman, puso en marcha una investigación interna que ha determinado que la mayoría de los investigadores genéticos no saben hacer tortillas, lo que pone en peligro a los más de mil genes candidatos que existen. El hospital norteamericano trata ahora de convencer a sus investigadores de que comerse los genes frescos, en ensalada o a modo de fruta sin pelar, es mucho más sano ya que conservan así todas sus vitaminas.

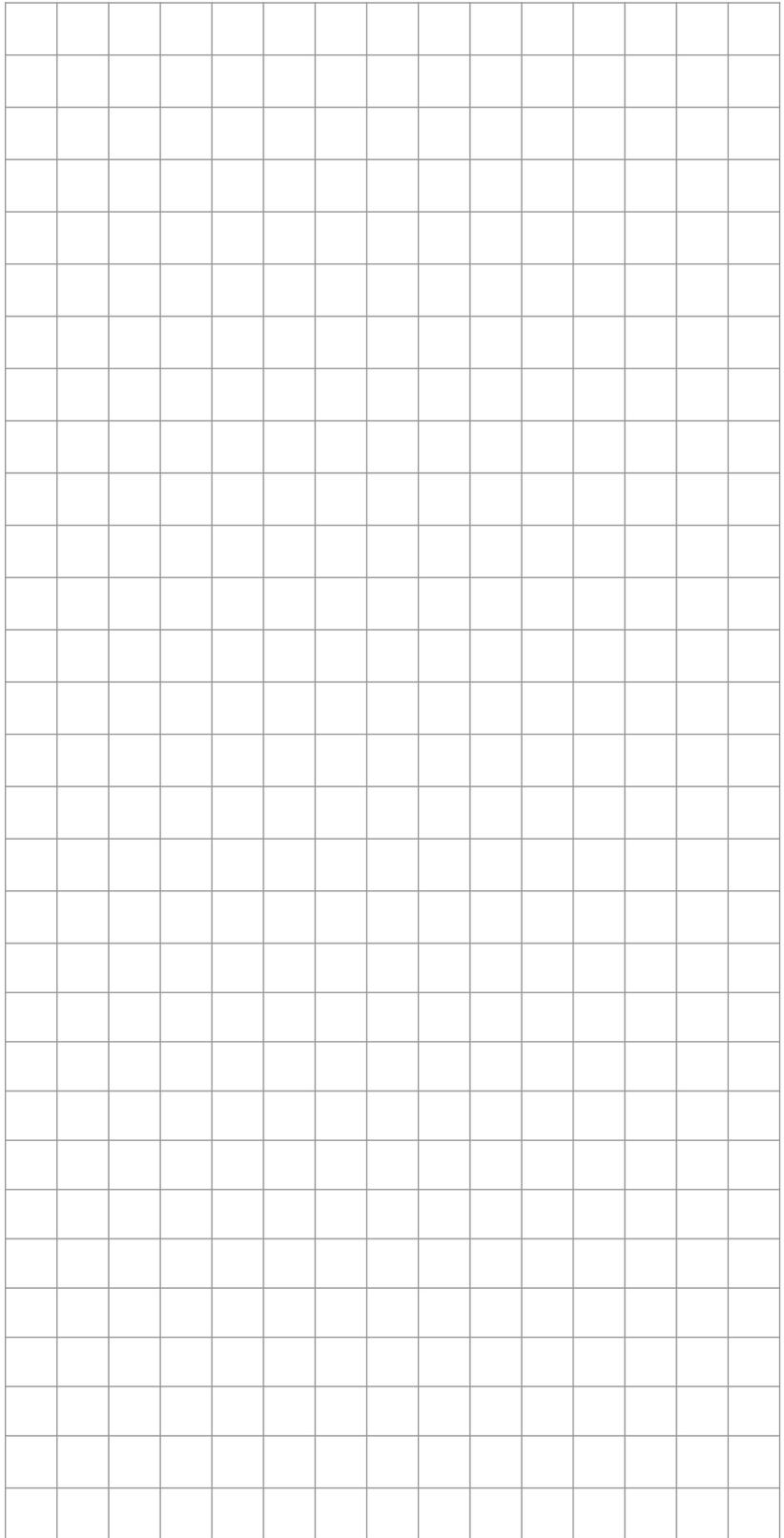


Fuente: plus.google.com

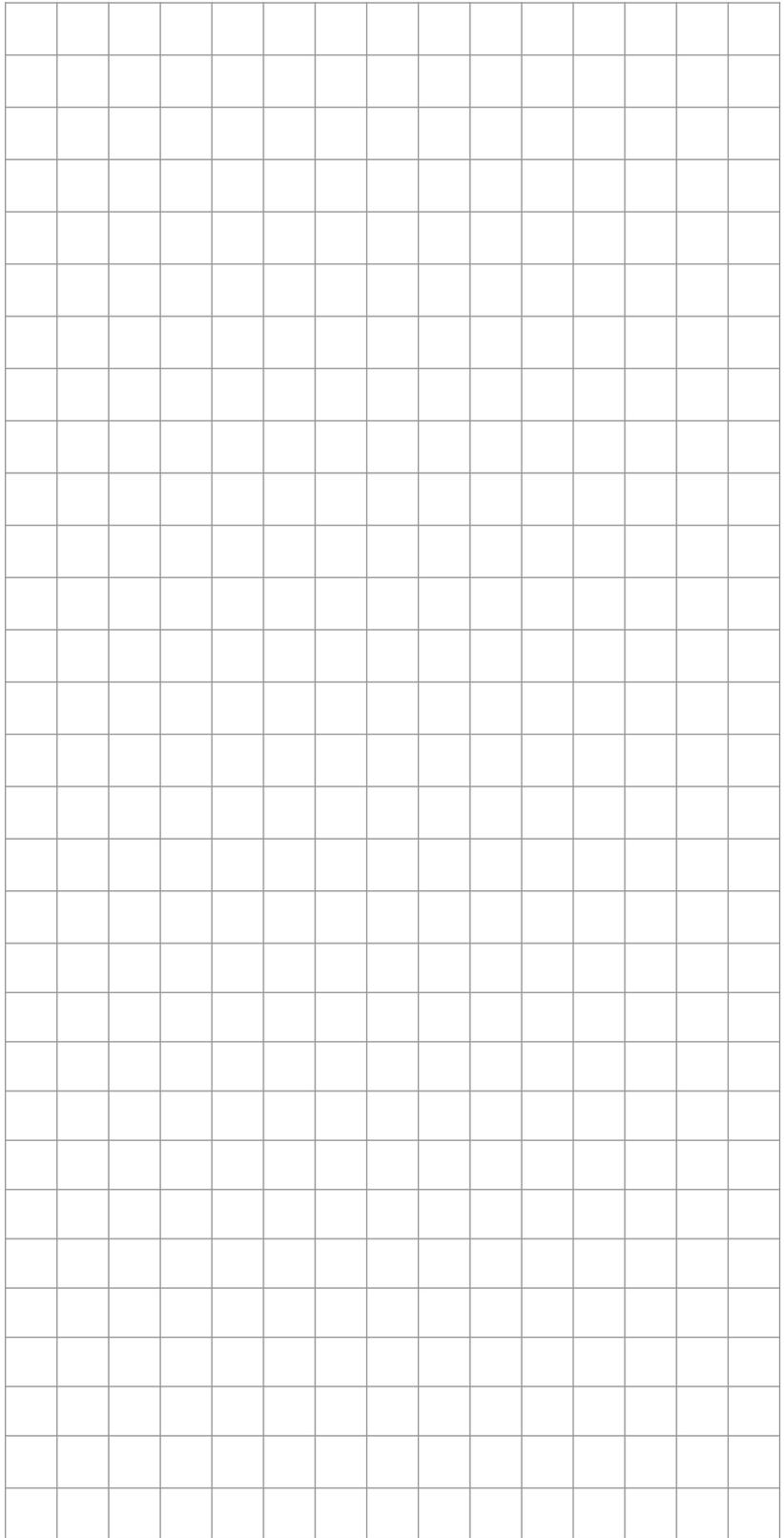
EL II CONCURSO DE TRAMPOLÍN PARA GERENTES SE LO LLEVA DE NUEVO EL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ GERMAIN.

Hernan Summerblue. Redacción del Panóptico. Madrid. El pasado mes de Septiembre la localidad madrileña de Fuenlabrada reunió a las mejores promesas en el campo de la gerencia hospitalaria para celebrar el II Concurso de Trampolín para Gerentes-Memorial Carlos Villoria y de nuevo el premio recayó en el Instituto Psiquiátrico José Germain (IPJG). El gerente de este hospital psiquiátrico, Carlos Mur, realizó un salto sobre el trampolín de diez metros que rozó la perfección técnica y fue puntuado unánimemente con un 10 por parte del jurado. Este año el concurso tenía como premio la gerencia vacante del Hospital de Fuenlabrada y un accésit para cargo del Ministerio.

n()tas



n()tas



SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

D. _____
profesional de la Salud Mental, con título de _____
y con domicilio en _____
Población _____ D.P. _____
Provincia _____
Teléfono _____ Email _____
Centro de trabajo _____
Dirección Centro _____

Población _____ Provincia _____

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A. E. N. de la Autonomía correspondiente, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D. _____

D. _____

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: _____ / _____ / _____

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Asamblea General de socios. La suscripción de la Revista de la AEN está incluida en la cuota de Asociado.

DATOS BANCARIOS

BANCO/CAJA DE AHORROS _____

Nº CUENTA: Entidad Sucursal D. C. Nº cuenta (20 dígitos):

Firma solicitante



www.amsm.es

AMSM

Asociación Madrileña de Salud Mental

Dirección C/ Magallanes, 1

Sótano 2 local 4.

Teléfono 636725599

Fax 918473182

correo e. aen.amsm@gmail.com

web www.amsm.es