



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría

España

Serrano Miguel, Mercedes

"GRUP DE PENSADORS": Narrativas y subjetividades en torno a la salud mental

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 34, núm. 123, julio-septiembre, 2014, pp.

507-519

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265031397012>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

“GRUP DE PENSADORS”: Narrativas y subjetividades en torno a la salud mental.

“Thinker’s Group: narratives and subjectivities around mental health”.

Mercedes Serrano Miguel^a.

^a Profesora asociada Departament de Treball Social i Serveis Socials, Universitat de Barcelona (UB), Barcelona, España.

Correspondencia: Mercedes Serrano Miguel (mercedes.serrano@ub.edu)

Recibido: 15/10/2013; aceptado: 28/01/2014

RESUMEN: En los últimos años han comenzado a surgir algunas iniciativas dentro del ámbito del tratamiento y rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental, orientadas a recoger la voz de los propios implicados, concederles un mayor protagonismo y emplear sus argumentos de forma práctica en la definición de su tratamiento. Dentro de estas nuevas prácticas se podría enmarcar la experiencia del “Grup de Pensadors”. Esta iniciativa parte de un grupo de profesionales de la “Fundació Congres Català de Salut Mental” y aglutina a profesionales, familiares y personas en tratamiento de salud mental en un mismo espacio dedicado al debate. Se trata de un lugar de intercambio de experiencias a la vez que generación de ideas. Su objetivo no es terapéutico en sí mismo pero si está orientado a la búsqueda y elaboración de propuestas que mejoren la atención y tratamiento de las personas que sufren una enfermedad mental. La experiencia del grupo pretende facilitar un espacio donde los participantes puedan situarse en un plano horizontal, siendo considerados como *expertos* desde su propia vivencia y experiencia personal.

El grupo se constituye además como plataforma de investigación con un carácter eminentemente cualitativo. La aplicación del método etnográfico dentro del grupo posibilita la observación de estas relaciones y la dificultad de su (re)elaboración fuera del ámbito clínico. Asimismo plantea un ejercicio de recuperación de las narrativas de los principales protagonistas implicados en el tratamiento en salud mental, los discursos utilizados y el análisis de los mismos.

PALABRAS CLAVE: salud mental, rehabilitación psicosocial, narrativas, participación social, investigación cualitativa.

ABSTRACT: In recent years new initiatives have begun to emerge within the scope of treatment and psychosocial rehabilitation of people with mental diseases, aimed to collect the voice of the people involved, giving them a greater role and use their arguments in a practical way to define their treatment. The experience of “*Grup de Pensadors*” (Thinkers’ Group) could be framed within these new practices. This initiative is part of a group of professionals from the *CCSM Foundation* and puts together professionals, family and people in mental health treatment in one space devoted to discussion. This is a place to exchange experiences while generating ideas. Their goal is not therapeutic in itself but is aimed at finding and developing proposals to improve the care of persons suffering from mental illness. The group experience aims to provide a space where the discourse of all participants can be interpreted on a horizontal plane, being considered as experts from their own lives and personal experience.

The group is also a research platform with a highly qualitative character. The application of ethnographic methods within the group enables the observation of these relationships and the difficulty of (re) development outside the clinical setting. It also presents a narrative recovery exercise of the main characters involved in the mental health treatment, the discourses used and the analysis thereof.

KEY WORDS: health mental; psychosocial rehabilitation; narratives, social participation, qualitative research.

“Només vivint,
amb tot el risc i tota l'esperança
reconduïm la vida”.

M. MARTÍ I POL. “Temps d'interluni”

La atención y rehabilitación en salud mental como punto de partida.

El sistema actual de tratamiento de las enfermedades mentales en España y, especialmente del denominado Trastorno Mental Severo (TMS) (1), pasa por ser un modelo de atención basado fundamentalmente en la recuperación y rehabilitación psicosocial del enfermo como paradigma principal de trabajo. Resulta evidente, a día de hoy, el cambio de rumbo teórico y práctico en la atención actual a las personas con trastorno mental si se compara con los viejos tratamientos, los antiguos centros de internamiento y su (casi) única función como institución custodial. Sin duda, los procesos de reforma que se han formulado a lo largo de las últimas décadas han obtenido importantes resultados en cuanto a la mejora general de la asistencia y la calidad en los tratamientos empleados (1-3). Sin embargo, es necesario clarificar que este nuevo modelo ha mantenido hasta ahora la base de su eficacia principalmente, en el aumento del número de recursos existentes. Al respecto diferentes autores comenzaron a cuestionar, antes ya del inicio de la actual crisis económica, que la mejora en la calidad asistencial pasara únicamente por una ampliación en dicha inversión (4) y que el modelo de rehabilitación implementado hasta el momento no adoleciera de ciertos aspectos igualmente cuestionables no resolubles con un aumento del presupuesto (5). La estrategia de crear dispositivos de atención era y es necesaria pero parece que, a día de hoy no resulta totalmente útil por sí sola. El sistema de rehabilitación en salud mental construido hasta la actualidad en España, parece plantear en este sentido ciertas contradicciones. El riesgo principal es quizás el de establecerse como un sistema de tratamiento en el que los individuos atendidos se conviertan en meros receptores pasivos de recursos asistenciales pero sin disponer de las oportunidades suficientes para una integración social real (6). Martínez lo expresa así:

“El campo de la rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental grave viene unido en las sociedades de nuestro tiempo a una curiosa paradoja. Por un lado constituye una respuesta necesaria a los procesos de deshospitalización desarrollados en gran parte de los países europeos [...] Por otro lado, sin embargo, parece requerir de un esfuerzo continuado para no reproducir en los nuevos dispositivos situaciones como la cronificación , el confinamiento y la exclusión social” (7).

En este sentido, y siguiendo las reflexiones planteadas por José Leal (8-9), se ha de tener presente cómo la evolución de la asistencia en salud mental ha sido

un proceso que ha dependido en gran parte de la capacidad de adaptación y la predisposición al cambio de los propios profesionales implicados. Los procesos de reforma y desinstitucionalización son aplicables a las instituciones en su conjunto, es decir, a los pacientes, pero también a aquellos que en ella trabajaban y que son los responsables de configurar con su actitud cotidiana y su talante una determinada manera de hacer, de tratar la enfermedad y a quien la padece. En la práctica, el trabajo directo con personas afectadas de un trastorno mental pasa inexcusablemente por el establecimiento de vínculos con la misma, vínculos orientados a la proporción de cuidados. Por lo tanto convendría que, esta proximidad y su intercambio de *confianzas*, estuviese sometida permanentemente a la reflexión ética de aquellos a los que las instituciones les han conferido la responsabilidad de llevar a cabo el tratamiento.

“La reflexión ética es el fundamento de toda práctica que se lleve a cabo desde el convencimiento de que no todo vale por igual y que hay razones para escoger unos comportamientos y no otros. Esas razones son el fundamento del buen trato y, por consiguiente, del buen tratamiento. Porque la ayuda y la cura, aún bien fundamentada técnicamente, no es posible sin la impregnación de un modo humano de llevarla a cabo” (9).

La relación entre los implicados es sin duda una herramienta de trabajo fundamental para llevar a cabo la ayuda y por lo tanto, las características de la misma determinarán el tipo de asistencia. Una relación jerarquizada entre los implicados (los afectados, familias y aquellos profesionales que les tratan) puede dificultar e incluso anular la comunicación, limitando al sujeto enfermo a una posición pasiva en la que difícilmente puede tomar ningún tipo de decisión sobre su tratamiento. Por contra, establecer como punto de partida la consideración del otro como *ser experto* propicia la creación de relaciones dialógicas y paritarias en las que los discursos son integrados y también rebatidos, lo que podría hacerlos más legítimos si cabe. En la práctica, resulta más o menos frecuente encontrar un discurso de reconocimiento que va en una sola dirección, esto es, desde los afectados hacia los profesionales. Sin embargo, el proceso inverso raras veces ocurre y cuando si se da, parece que difícilmente se verbaliza, en ocasiones debido a la propia presión estamental bajo la que trabajan muchos profesionales. La propuesta del trabajo que presento plantea la posibilidad de reconocimiento de los discursos también en un sentido inverso, es decir, desde los profesionales hacia los afectados, en un ejercicio que incluiría escucha y diálogo por ambas partes. Por todo ello convendría preguntarse si, para que la rehabilitación de personas con trastorno mental sea efectiva, sería necesario además de una red de recursos asistenciales suficientemente bien dotada y de calidad, el desarrollo de una cierta filosofía de trabajo que incluiría una reflexión ética continuada, llevada a la práctica por el conjunto de personas implicadas en la atención: profesionales que de forma directa trabajan con

los usuarios, pero también gestores y legisladores. Esto es, que los profesionales implicados puedan adquirir en unos casos y consolidar en otros, una mentalidad de trabajo donde el individuo enfermo sea considerado un ciudadano con capacidad de decisión y parte activa de su tratamiento. De alguna manera, esta propuesta buscaría rescatar el discurso de los afectados de las connotaciones estigmatizantes de las que ha sido objeto durante años y normalizar su presencia en los ámbitos de tratamiento. Con este fin, es necesario que puedan crearse lugares o *espacios de escucha social* no orientados a la terapia sino al intercambio de saberes, al conocimiento mutuo entre los implicados y dónde puedan ser recogidos los diferentes discursos, los académicos y también los profanos, en un intento de mejora constante de la práctica asistencial.

El “Grup de Pensadors”: un espacio de palabra y un lugar de (auto) reconocimiento.

El “Grup de Pensadors”¹ (en adelante GP) se constituyó en septiembre de 2010 a iniciativa de varios profesionales de la Fundació Congres Català de Salud Mental (FCCSM)². La idea de partida consistía en organizar sesiones de reflexión en las que pudiesen participar personas diagnosticadas de un trastorno mental, familiares de afectados y diferentes profesionales de la red de atención en salud mental, en un número paritario. Las reuniones tenían como principal meta el crear un espacio de debate en el que intercambiar ideas acerca de aquello que *a priori* unía a los participantes: el sufrimiento mental y su tratamiento. Sin embargo, junto con la reflexión conjunta y las elaboraciones teóricas se planteaba además un objetivo de carácter práctico: recoger los materiales que allí se producían y elaborar con ellos propuestas de trabajo que, desde el punto de vista de los implicados, pudiesen contribuir a la mejora en la asistencia y tratamiento a las personas con una problemática en salud mental. La organización del grupo corrió a cargo de profesionales³ que fueron haciendo extensiva la convocatoria entre los recursos asistenciales a los que ellos tenían acceso. Los participantes surgieron así desde diferentes puntos del área metropolitana de

¹ <http://www.fccsm.net/grups-de-treball/gt-grup-de-pensadors/>

² La FCCSM fue creada en el año 2000 en Barcelona por un grupo de profesionales de salud mental. Se trata de una “entitat independent i multidisciplinària que treballa per la millora de l’atenció i la promoció de la salut mental a partir del debat i la reflexió, la recerca i la sensibilització social, amb la participació de ciutadans, professionals i altres associacions” (<http://www.fccsm.net/la-fundacio>). Con respecto a los profesionales desde los que surgió la idea del GP hay que destacar al respecto, la figura de la Dra. Àngels Vives Belmonte, como precursora y alma máter del proyecto.

³ Los perfiles profesionales correspondían inicialmente a las siguientes áreas: antropología, enfermería, psicología, psiquiatría y trabajo social.

Barcelona. Las sesiones llevadas a cabo (reuniones quincenales de hora y media) se fueron estructurando en bloques de trabajo de siete sesiones cada uno y que han dado lugar a diferentes ediciones del grupo. La primera, de septiembre a diciembre de 2010 tuvo como tema de trabajo “La relación”. La segunda, realizada entre mayo y julio de 2011 trató “El ingreso psiquiátrico” y la tercera, desde octubre de 2011 hasta enero de 2012 ha centrado su debate en “La responsabilidad”. En los últimos meses el tema abordado ha sido “La familia”. El GP estaba conducido inicialmente por dos coordinadores cuya función básicamente era la de moderar el debate e introducir los turnos de palabra. Estas figuras han ido variando en las diversas ediciones y siempre la tarea era asumida por alguno de los profesionales. Después de un recorrido de más de un año, la propuesta se trasladó al resto de participantes con el fin de configurar una coordinación “triangular” que permitiese el protagonismo y la responsabilidad compartida entre los tres estamentos implicados. De esta forma actualmente la coordinación es responsabilidad en cada edición de un familiar, un usuario y un profesional simultáneamente que, de forma voluntaria, deciden asumir dicho cometido.

El formato, aunque inicialmente podría resultar similar al de un grupo multifamiliar debido a la composición del mismo, presenta diferencias importantes en forma y contenido con respecto a ese tipo de grupos. En primer lugar el GP se constituye desde el principio como espacio de trabajo y de intercambio, dónde prevalece la *horizontalidad* y la *desjerarquización* en las relaciones. Se trata éste de un punto de partida imprescindible para la integración de todas las opiniones y propuestas que en él se vierten, necesarias para establecer un resultado final de consenso. Asimismo, a diferencia de espacios considerados de tratamiento, el GP no incide de forma prioritaria y unidireccional en aquellos aspectos que puramente tienen que ver con la enfermedad y sus síntomas. El GP se centra en *tratar la experiencia del sujeto social* que se encuentra próximo a la enfermedad, independientemente de cuál sea su rol en el ámbito clínico (persona diagnosticada, profesional o familiar), dando paso al intercambio de diferentes visiones y experiencias en torno al sufrimiento psíquico, teniendo como finalidad común el crear nuevas perspectivas de trabajo y por lo tanto nuevas formas de producir salud.

Narrativas, subjetividades y un espacio de escucha social “en construcción”.

Son escasos los espacios en los que la voz de las personas afectadas por una enfermedad mental y la de sus familiares sea recogida⁴ (10). En ocasiones podría

⁴ Quizás una posible excepción la encontramos en los denominados grupos de ayuda mutua (GAM) o las Asociaciones de Salud, dónde los profesionales tienen teóricamente una papel secundario y en los que el protagonismo lo adquieran fundamentalmente los participantes.

pensarse que esto ocurre dentro de las historias clínicas. En dichos documentos, los profesionales de la salud recogen la palabra de los afectados pero “traducida” a su propia jerga profesional. En este proceso dicha palabra corre el riesgo de ser *desconfigurada*, mediatisada por la propia visión del clínico, el grado de tecnificación de su lenguaje y las influencias o condicionantes de su entorno profesional. La versión subjetiva del sufrimiento puede ser obviada de esta forma y con ella muchos de los aspectos biográficos, familiares, sociales y de otra índole que podría ser relevante conocer para la atención de la persona enferma. En el contexto clínico actual existe un tratamiento de la enfermedad, eso es indudable, sin embargo el enfoque del mismo parece priorizar más el control de los síntomas estrictamente biológicos y coloca en un segundo plano el abordaje de los aspectos biográficos y sociales⁵. En este sentido sería necesario valorar la necesidad de rescatar la palabra, la voz de los afectados y la posibilidad de su incorporación al proceso de tratamiento. Y para que este proceso de escucha se desarrolle, es necesario poner en marcha los espacios adecuados para ello. La creación de *espacios de escucha social* resulta necesaria para contrarrestar el peso de lo biológico y abordar la cuestión del tratamiento en su verdadera amplitud ya que existe la tendencia a situar la palabra de los afectados en un lugar desvalorizado, lejos de resultar influyente en su personal proceso terapéutico.

Al acercarnos al discurso de aquellos que padecen una enfermedad mental es posible observar como éste se ve impregnado de la desconfianza y el sesgo propio que genera el estigma asociado a estas dolencias.

“Existen pocas situaciones en las que la fuerza del etiquetamiento (labeling) y el estigma se auto-reproducen de tal manera que haga lo que haga o diga lo que diga el afectado todo estará siempre en su contra. Si afirma la locura, la reconoce. Si la niega, también la reconoce. Si su actitud es transgresora o simplemente cuestiona las normas sociales la interpretación más frecuentada será apelar a su trastorno de base. Si su actitud es completamente seguidista de estas mismas normas, la lectura más obvia será apelar a la pasividad derivada de su enfermedad. La circularidad interpretativa se ha convertido ya en una constante que es activada de forma acrítica y arreflexiva, como si las nosologías psiquiátricas no estuviesen sujetas a la provisionalidad de todo conocimiento. Las certezas profesionales, de escuelas,

⁵ Es interesante al respecto el caso de Pau (nombre ficticio) que asiste al GP desde octubre de 2011. Diagnósticado de esquizofrenia, Pau reconstruyó a través de su participación en las sesiones, una historia de vida en la que por motivos muy dolorosos para él, había entrado en conflicto con familiares muy próximos. La verbalización de su historia delante del grupo le proporcionó el empuje necesario para decidir relatarla ante los profesionales que habitualmente le trataban y con los que, hasta el momento, no había compartido estos aspectos de su pasado. La reacción de los profesionales (tanto el trabajador social como su psiquiatra) fue alarmista y desmesurada proponiendo un aumento de la medicación, un posible ingreso psiquiátrico y la consigna de abandonar la participación en el grupo.

de teorías, de modelos, etcétera, dificultan el diálogo entre los profesionales y entre éstos y sus usuarios. Además, adoptan a menudo la posición de la creencia, no de la ciencia, aunque simulen esta última mediante ese sistema de pensamiento que Habermas ha definido como cientifismo” (4).

Al crear el GP el reto era poder poner en marcha un verdadero espacio de intercambio. Un lugar donde pudiesen integrarse todos los discursos, sin caer en esa tan temida *circularidad interpretativa* provocada por el estigma y algunos otros posibles errores de los que ya adolece el sistema de atención en salud mental. Es decir, favorecer la apertura frente al totalitarismo, horizontalidad frente a jerarquización, participación frente a aislamiento. La construcción del “Grup de Pensadors” discurre en esta línea.

La primera sesión en la que participé, el grupo comenzaba a trabajar el tema de la responsabilidad. Para algunas de las personas que allí estábamos era *nuestra primera vez* y debíamos presentarnos. Sentados en círculo, en una disposición de simbólica igualdad, poco a poco fueron surgiendo las voces de los participantes:

“*Soy padre de un paciente*”, “*estoy diagnosticado de un trastorno mental*”, “*soy socio fundador de Radio Nikosia y artista plástico*”, “*esposa de un usuario de salud mental*”, “*psiquiatra y psicoanalista*”, “*dona, mare de dos fills usuaris*”, “*trabajadora social de un Servicio de Rehabilitación*”... etc.

Para algunos era importante también el lugar desde el que se había invitado a los presentes a participar:

“*He venido porque la convocatoria se ha hecho desde la Fundación FCCSM y para mí eso es símbolo de progresismo*” (Xavi).

Más allá de posibles valoraciones ideológicas, el espacio en el que estábamos reunidos (la sede de la FCCSM), tenía una ventaja clara: se encontraba alejado de los circuitos asistenciales, lo que propiciaba la diferenciación con respecto a otro tipo de grupos con un objetivo clínico o terapéutico. El lugar, en su lejanía física y simbólica con respecto a los dispositivos de atención en salud mental ya existentes, favorecía así la adopción de un posicionamiento más libre por parte de cualquiera de los asistentes y facilitaba la expresión de opiniones, en muchos casos críticas, sobre los aspectos tratados⁶. Para otros, el GP ha significado un espacio en el que reconocer (se) la propia historia personal, en ocasiones con afirmaciones de fuerte carga emocional y simbólica y que demuestran una anticipación al rechazo social producido por un diagnóstico casi siempre estigmatizante:

⁶ Desde los profesionales impulsores del grupo se planteó la posibilidad de trasladar la sede de las reuniones desde la FCCSM a otros lugares externos de carácter comunitario (como podrían ser los Centros Cívicos, existentes en Barcelona). El objetivo sería el de consolidar la vertiente más normalizadora del GP, constituyendo espacios de reunión entre ciudadanos que quieran reflexionar y pensar en torno al tema de la salud mental. En la actualidad uno de los grupos se está desarrollando en un espacio de estas características.

“Es la cuarta vez que menciono que mi hija tiene esquizofrenia, no me atrevo...incluso a la familia. La palabra esquizofrenia...igual no lo tengo asimilado del todo, creo que necesitaríamos más información”. (Milagros, su hija fue diagnosticada hace 8 años).

El grupo adoptó como punto de partida en su tarea la consideración igualitaria de los participantes. La desjerarquización del planteamiento es algo que atrajo inicialmente a algunos de los asistentes y que expresaba de esta forma un miembro del GP:

“Es la primera vez que veo, fuera de Radio Nikosia⁷, esta uniformidad entre las personas implicadas [...] estoy harto de iniciativas pensadas para locos, pero sin contar con los locos” (Raúl).

La premisa básica era considerar de forma igualitaria las aportaciones de cada uno de los participantes priorizando el intercambio de lo vivencial frente a los posibles saberes de tipo académico o formal. Los allí presentes eran considerados expertos en su día a día como padres, madres, terapeutas, enfermos mentales, locos⁸, enfermeras, trabajadores sociales, esposas, pareja...etc. Paulatinamente la horizontalidad entre los miembros del grupo se fue constatando como un aspecto del que se partía a nivel teórico pero que sin embargo, no resultaba sencillo lograr en la práctica. La jerarquización en las relaciones cotidianas entre afectados y profesionales marcó inevitablemente en el comienzo los discursos, a pesar del cambio de escenario. No siempre resulta sencillo abandonar estereotipos adquiridos que pueden impregnar el propio discurso, ni tampoco reconocer los propios errores de planteamiento de los que uno parte. La observación de estos comportamientos se ha podido constatar tanto en profesionales como usuarios y familiares. Estos dos últimos corren el especial riesgo de situarse en la posición del *ser pasivo* y desconocedor frente al *saber “omnipotente”* del profesional. Este hecho se ponía de manifiesto cuando en ocasiones, ciertos familiares orientaban sus preguntas a los profesionales presentes a modo de consulta clínica, obviando el formato real del grupo. En el caso de los profesionales, algunos de los presentes también expuso sus dificultades para cambiar de *posición* y ajustarse al nuevo rol de “pensador”. Sin duda, costaba ubicarse en un grupo en el que se encontraban con pacientes y familiares y en el que no actuaban como terapeutas. Se debería aclarar al respecto que, los parámetros propios de configuración y funcionamiento del grupo intentan

⁷ La asociación Cultural Radio Nikosia es una entidad sin ánimo de lucro, cuya junta directiva está formada por sus propios participantes. Es una de las primeras emisoras realizadas por personas que han sido diagnosticadas de problemas de salud mental y funciona como tal desde 2004 (<http://radionikosia.org>).

⁸ La utilización de las denominaciones *loco* y *enfermo mental*, originaron un interesante debate entre algunos de los miembros del grupo que mostraban sus preferencias por uno u otro término. La asignación de atributos más o menos peyorativos al primero y la consideración del segundo como un constructo de tipo biomédico (con el que muchos afectados no se identificaban) hicieron que los participantes tomaran posiciones frente a los términos e intentasen llegar a acuerdos sobre el concepto más adecuado a emplear.

facilitar que todos los participantes puedan posicionarse en lugares *estratégicos* diferentes de aquellos de los que cada uno parte, evitando así el instalarse en torno a posibles discursos totalitarios y homogeneizantes que anulen la diversidad y el intercambio. En este caso, el papel de los profesionales concretamente, puede ser entendido como el de “agentes activos”, como *acompañantes en las decisiones*, integrados en el proceso de desarrollo del GP desde una posición de *complicidad* (11). El término horizontalidad y sus implicaciones originaron un debate en una de las sesiones poniéndose de manifiesto las diferentes percepciones que de esta cuestión tienen aquellos que utilizan los servicios de salud mental.

“Para mí, el término horizontalidad tiene que ver con el poder se los saberes. Si no hay horizontalidad, se impone el saber académico sobre el saber profano que acaba ninguneado. Habría que intentar que la palabra del profesional valiese tanto como la del profano, que se integrase. Aquí muchos tenemos experiencias de la locura en primera y tercera persona, y esa experiencia deberíamos recuperarla sin que tenga que pasar por ningún tamiz” (Raúl)

“En el caso de la salud creo que es como en cualquier otro tema, voy al especialista porque él sabe lo que se ha de hacer. Si existe una relación de poder con el psiquiatra es porque la persona la acepta. No he sido paciente directo, soy madre, pero acepto los conocimientos del psiquiatra, no tengo complejo en decirlo” (Marisa).

La experiencia del GP se asienta por lo tanto en la creación de un espacio de palabra donde la recogida de narrativas se constituye como eje principal del grupo, como elemento de construcción y crecimiento del mismo. El trasfondo es la visibilización de la voz del *otro*, un elemento clásico en el trabajo antropológico, pero también la resignificación identitaria de aquel que se expresa. Se busca así evitar esa especie de *ubicuidad de la enfermedad* (12) que impregna de significantes estigmatizantes la palabra de los afectados, impidiendo la dignificación de los discursos y su representación. Esta realidad se da a menudo también en la vivencia que los familiares (o cuidadores directos) tienen. En muchas ocasiones han sido relegados a posiciones subalternas que han desvirtuado sus discursos o sencillamente los han desvalorizado. Una (des) consideración que ha traspasado la frontera física del espacio asistencial para determinar de forma más o menos consciente la posición que ante la enfermedad y su tratamiento, toman muchos de ellos.

“Creo que como madre, no estoy capacitada para hablar de lo que aquí se está diciendo” (Esther).

En otras ocasiones, el discurso de los familiares ha servido sencillamente para acercarnos al sufrimiento adquirido a través de esa vivencia, al que se explicita y al que se intuye:

“En el cas del meu fill, el diagnòstic va arribar quan estava a la Universitat...no sé si ja passava alguna cosa abans...però quan et fan un diagnòstic així sé et gela el cor. El van deixar ingressat...en aquest moments és molt difícil assumir responsabilitats. Avui en dia tampoc sé si ho he superat però sé que aquesta responsabilitat es tarda anys en assumir, no tenim ajuda” [...] “en el meu cas vaig començar a llegir llibres, a buscar informació..., a mi em va donar per això...però el meu marit es va quedar assegut a casa i finalment va patir un infart i va morir.” (Carme).

El GP puede por tanto, entenderse en sí mismo como puro objeto de estudio, como microespacio de reconstrucción de identidades que pueden servir de modelo y referencia a nivel externo. En este microespacio, un proceso de aprendizaje y reconocimiento mutuo en todas las direcciones ha ido marcando la marcha de las diferentes sesiones del grupo y lo ha hecho evolucionar, de forma que se han podido ir integrando todos los puntos de vista, por diferentes que resultasen en un principio. Angels Vives, psiquiatra impulsora del GP, afirma al respecto lo siguiente:

“Este grupo nos permite a todos asumir nuevos roles, también a los profesionales. En el GP siento que me libero de la responsabilidad del ejercicio de la cura...para mí es un grupo que nos sana a todos. Nos sana de nuestro narcisismo, de nuestros miedos, de nuestras inseguridades...”

De la antropología y su papel en una experiencia de participación en salud.

En los últimos años la antropología y las ciencias sociales en general se han abierto a un espacio propio en el ámbito de la salud. No sólo han podido aportar elementos de valoración y corporeización teórica ante las realidades estudiadas, también han posibilitado la aportación de herramientas propias del trabajo y metodología de investigación cualitativa, que han podido ser útiles en la intervención directa en problemáticas de salud. La etnografía puede servir inicialmente para recopilar y visualizar los discursos de sus informantes. En este sentido, la propia metodología de la disciplina antropológica posibilita la observación y la escucha del punto de vista del protagonista desde una perspectiva fenomenológica. Además, en los últimos años y dentro del ámbito de la salud mental concretamente, han surgido diferentes experiencias de colaboración y trabajo interdisciplinar que permiten hacernos una idea de la repercusión que también a nivel práctico puede tener el enfoque antropológico y de investigación cualitativa en salud (13-14)⁹. Dentro de estas experiencias sustentadas en una *práctica entrelazada*, es

⁹ Como ejemplos más importantes en el entorno más próximo encontramos el caso de Radio Nikosia fundamentalmente y el proyecto EMILIA entre otros (www.radionikosia.org y www.parcdesalutmar.cat/projecteemilia/es respectivamente). Un ejemplo interesante desarrollado en Brasil es la Guia da Gestão Autônoma da Medicção (GAM) elaborada de forma conjunta entre investigadores de cuatro universidades públicas del país, bajo la coordinación de la Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP) de São Paulo y con la participación de usuarios de salud mental.

dónde podríamos enmarcar el GP, una experiencia de escucha, pero también de acción. Sobre este *descubrimiento* de discursos y su repercusión en la práctica Correa escribe:

“Es ya sabido que, frente a la biomedicina, que busca realidades psicopatológicas, significantes en la locura; la antropología intenta, a través de la etnografía, un acercamiento a los significados intrínsecos de los fenómenos sociales. Y en nuestro caso son esos significados los que pueden contribuir a desarrollar nuevas retóricas, nuevas praxis en el ámbito que tratamos” (15).

El trabajo cotidiano en el GP ha dado pie a la creación de un espacio de resignificación de conceptos, de recopilación de palabras, donde los participantes han podido adquirir nuevos posicionamientos. El grupo, facilita además la desfragmentación de los discursos monológicos y unidireccionales permitiendo la reelaboración de los roles y el empoderamiento de los protagonistas. Este microcosmos de pensamiento y relación se ha convertido en una fuente de ideas y de aprendizajes al servicio de la práctica. El GP podría ser entendido así, como un espacio de investigación-acción participación donde técnicas propias de la investigación cualitativa han servido de base para la elaboración y el planteamiento de una posible nueva praxis profesional¹⁰. La experiencia constata la posibilidad de que ciencias sociales como la antropología puedan saltar la barrera de lo estrictamente teórico o descriptivo e instalarse en el espacio de la intervención como en este caso, mediante la interacción con los informantes y la interpretación hermenéutica de lo que se observa.

Consideraciones finales.

La experiencia del “Grup de Pensadors” se ha podido constituir como un nuevo espacio de interrelación y escucha social entre personas vinculadas, por una u otra vía, a la atención en salud mental. El desarrollo de las sesiones ha ido poniendo de manifiesto la necesaria creación de estos espacios de debate donde intercambiar experiencias, opiniones y también roles. Se han podido recoger discursos casi siempre invisibilizados y se ha facilitado la (re)construcción de identidades marcadas por el sufrimiento personal, el dolor frente al malestar del ser querido o, en el caso de los profesionales, la posible disconformidad frente a prácticas ajenas y la reelaboración o reflexión sobre las propias. El GP aspira a configurarse como un espacio estable de trabajo a través del que puedan surgir iniciativas de carácter práctico que mejoren la

¹⁰ En este sentido, se han llevado a cabo ya varias iniciativas que dan a entender la vertiente práctica del GP. Quizás la experiencia más relevante hasta el momento tiene que ver con la edición del grupo dedicada al “Ingreso Psiquiátrico”. En dicha edición, los participantes elaboraron y consensuaron un documento con propuestas para mejorar las condiciones en las que se llevan a cabo los ingresos psiquiátricos. La iniciativa ha trascendido por el momento hasta el Comité de Ética de la FCCSM y se continúa trabajando en ello para poder visibilizar y articular formalmente las peticiones incluidas en dicho documento.

calidad de la asistencia en salud mental. Los argumentos allí esgrimidos podrían ser útiles a la hora de establecer nuevos criterios o revisar directrices de trabajo ya existentes. En este sentido, se han llevado a cabo diferentes iniciativas relacionadas tanto con la difusión del proyecto así como con la elaboración de propuestas de mejora en algunas situaciones concretas, como puede ser el ingreso psiquiátrico. Se pretende así, abrir nuevas vías de intervención más acordes con las necesidades reales de las personas atendidas en los Servicios de Salud Mental y una cultura de reflexión conjunta que facilite la participación real de los afectados.

Espacios como el GP no están orientados a negar la necesidad del tratamiento (terapéutico y farmacológico) ni tampoco la labor de los dispositivos de atención en salud mental. Defienden su existencia pero a la vez, la necesidad de integrar en ellos los discursos y las aportaciones de los propios implicados tal como se ha apuntado ya desde organismos internacionales y desde la reflexión de los propios profesionales de nuestro país¹¹ (16-17). Asimismo el GP plantea la cuestión de participación real de los afectados en el territorio de lo social, como protagonistas de su tratamiento, con la intención de constituir un verdadero sistema de rehabilitación psicosocial que permita la auténtica integración social y comunitaria de aquellas personas diagnosticadas de una enfermedad mental.

¹¹ La importancia de dicho reconocimiento ha sido avalada por diferentes organizaciones. Una muestra de ello es la declaración de Helsinki y el Plan de Acción en Salud Mental, firmada en Enero de 2005 durante la Conferencia Ministerial sobre Salud Mental coorganizada por la OMS y la Comisión Europea, donde una de las áreas abordadas fue la de “Reconocimiento del valor de la experiencia de los usuarios de los servicios y sus cuidadores”. En España, un reciente documento de la AEN (“Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial”) ponía de manifiesto la necesidad de potenciar vías de participación de familias y usuarios en el enfoque de trabajo de los servicios de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) “Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones”. Cuadernos técnicos AEN, nº 6, Madrid 2002.
- (2) Capellá Batista-Alentorn, A.: *La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2001; 79: 101-28.
- (3) López, M. y Laviana, M. *Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2007; 99:187-223.
- (4) Correa-Urquiza, M; Martínez-Hernández, A; Silva, T; Belloc, M.: *La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales*. Rev. Quaderns (Barc) 2006; 22: 47-69.
- (5) Menéndez Osorio, F. *Veinte años de la reforma psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2005; 95: 69-81
- (6) Uriarte, JJ: *Psiquiatría y Rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave* . Rev. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria, 2007; 2: 87-101.
- (7) Martínez-Hernández, A.: *Quebrar estigmas, abrir espacios. Retos y realidades de la rehabilitación psicosocial* en: I Congreso “La salud mental es cosa de todos”. Madrid. IMSERSO; 2005: 36-42
- (8) Leal Rubio, J.: *Salud mental y diversidad (es): trabajar en red*. Vertex Rev. Argentina de Psiquiatría. 2005, Vol.XIV: 114-122
- (9) Leal Rubio, J.: *Las referencias éticas en la prevención y los cuidados*. Rev. Desenvolupa. La revista d'atenció precoç. 2006; 27:13-28
- (10) Canals Sala, J.: *Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: reciprocidades, identidades y dependencias*. Rev. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria, 2003; 1: 71 - 81.
- (11) Martínez-Hernández, A.: Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Antrophos, 2008
- (12) Martínez-Hernández, A.: *Más allá de la rehabilitación psicosocial. Metáforas de exclusión y tareas de inclusión*. Rev. Cad. Bras. Saúde Mental.2009. Vol. 1, nº1, jan-abr.
- (13) Palomer,E., Izquierdo, R., Leahy, E., Masferrer, C., Flores, P.: *La experiencia del proyecto EMILIA en Barcelona. El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. 30, No 105. Madrid 2010.
- (14) Onocko Campos, R.T. et al. *Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação*. Rev. Interface - Comunic. Saúde, Botucatu,, 2012; 43: 967-980.
- (15) Correa-Urquiza, M.: *Radio Nikosia: la rebelión de los saberes profanos*. [tesis doctoral]. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, 2010.
- (16) Declaración de Helsinki y Plan de Acción en Salud Mental. Conferencia Ministerial sobre Salud Mental. OMS y Comisión Europea, 2005.
- (17) “Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial”. Cuadernos técnicos AEN, nº 16, Madrid 2012.