

LEJOS DEL MANICOMIO



LOCURA, MERCANCÍA Y DOMINIO EN LA ERA DEL CONSENSO

**Compilación de textos extraídos de la web: <http://primeravocal.org>
sobre salud mental y revuelta.**

Salud mental y capitalismo

de Alejandro Bello Gómez

La crisis de sobreacumulación de capital en la que estamos inmersos tiene hondas repercusiones sobre la salud. Para entender esto hace falta entender la salud asociada al sistema productivo en que los trabajadores venden su fuerza de trabajo. Hay que apostar a la grande. No es cuestión de que el estrés, cual infección vírica, se convierta en una plaga por culpa de la incertidumbre. Las cosas no funcionan así o, al menos, no sólo así.

Sin determinismo biológico

Los problemas de salud mental no se pueden considerar enfermedades. No tienen una causa biológica que las 'determine'. Ni siquiera la herencia, por mucho que los suplementos de salud de los periódicos informen del descubrimiento del gen asociado a tal o cual comportamiento o enfermedad. Incluso en el caso de la esquizofrenia, sabemos que lo que mejor puede predecir una buena evolución son los logros formativos y laborales, las habilidades sociales, las condiciones económicas, la tolerancia familiar y la poca implicación de la familia en las decisiones sobre el tratamiento. Lo mismo que sabemos que la pobreza, la etnia de pertenencia y el género son buenos predictores de la probabilidad de padecer un trastorno mental grave. Y también sabemos que las tasas de recuperación de personas diagnosticadas de esquizofrenia varió en el siglo XX dependiendo de la fase de ciclo en que estuviera el capitalismo. En época de crisis la recuperación clínica y social disminuye notablemente.

Más débiles, menor atención

En este momento la privatización conllevará que los más susceptibles de sufrir los efectos de la crisis recibirán menor atención. Para hacernos conscientes de las influencias socioeconómicas en la salud mental no hay como buscar en los papeles de instituciones no sospechosas de bolchevismo: en su informe titulado Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados, la OMS deja bien clara la relación entre actividad productiva, privación y salud.

La atención sanitaria en los sistemas occidentales de seguridad social nace como estrategia de la clase dominante para garantizar que la fuerza de trabajo no escaseara. Son sistemas de seguridad social paliativos, que no hacen de la prevención socioeconómica (la seña de identidad de los modelos de salud revolucionarios) uno de sus pilares.

Pero ya en 1987 y en 1993 el Banco Mundial advertía de la "necesidad" de acometer reformas, como las actuales, en pos de la parasitación de lo público por parte de un capital sin ámbitos donde seguir generando plusvalor. Desde entonces, todos los gobiernos del Estado español (la democracia parlamentaria burguesa no entiende de siglas) han ido profundizando en las vías para la privatización: desde el Informe Abril, hasta la Ley 15/97, con argumentos de 'manual de privatización', a excepción de la 'financiación directa' por parte del paciente, la más impopular medida. Por lo demás (autonomía competitiva hospitalaria, 'libre elección de médico', acuerdos cooperativos hoy

plasmados en las Entidades de Base Asociativa, contención y primas ante la reducción del gasto farmacéutico y de pruebas...) está todo inventado. Y, como no puede ser de otra manera, existe un correlato ideológico que ayuda a sostener la situación.

Ese correlato se sustenta en la negación de las causas sociales de la pérdida de salud, así como en la culpabilización de la víctima. Serán los comportamientos individuales, dicen, los que nos salven de caer en las enfermedades. Que cada uno de nosotros se preocupe por una buena prevención conductista, que si falla ya paliarán el síntoma. Pero en salud mental la contradicción es aún más clara. La culpabilización de la víctima se hace al mismo tiempo que la construcción social de mentes donde la tolerancia a la demora temporal, al refuerzo inmediato, al hedonismo y a la conquista compulsiva y veloz de objetivos de consumo. Como solución, te ponen en bandeja el consumo de psicofármacos.

Malestar en la vida cotidiana

Por otro lado, la asfixia presupuestaria de los últimos años en los recursos de salud mental y la privatización están empezando a conseguir que los mismos profesionales opten por reducir el tiempo de atención a las personas que acuden por problemas emocionales a los centros de salud mental, casi acusándoles de robar el tiempo a los pacientes que están "realmente graves". Y puede que tengan algo de razón, pero la persona que acude a consulta de salud mental necesita entender qué le ocurre, no que le digan que es un egoísta. Es una estrategia muy parecida a la de las urgencias hospitalarias cuando protestan de que acuden a ellas usuarios con "simples gripes". Esto no hace más que esconder lo evidente de los recortes presupuestarios y sus consecuencias. Al final, nosotros mismos culpabilizaremos a las víctimas y ellos cuadrarán su círculo.

La reinserción imposible

por Enrique González Duro

El fármaco ideal para la industria que lo produce es aquel que te alivia pero no te cura, porque te obliga a tomarlo toda tu vida. Si te cura en una semana se acaba el negocio; pero el chollo es estar vendiéndote toda la vida preparados que no tienen ninguna garantía científica de eficacia, simplemente puro empirismo...

Durante los días 23, 24 y 25 de febrero de 2007 tuvieron lugar en el Local Anarquista Magdalena de Madrid las segundas Jornadas sobre Salud Mental. Fruto de estas jornadas son las charlas aquí transcritas, cuya publicación hemos considerado que tendría interés y podría aportar algo al terreno tanto teórico como práctico de la salud mental.

Para aquellxs que desarrollan o desarrollamos una actividad o lucha dentro de los que podríamos llamar ámbitos anticapitalistas, tanto las publicaciones, como actividades e incluso la mera información relacionada con este tema resulta en la mayoría de los casos escasa, especialmente en el terreno más práctico. Sin pretender profundizar en esta introducción en la actual situación de la enfermedad mental o en el porqué de la existencia (o inexistencia) de ésta, en términos generales sabemos que el sistema de salud mental falla, somos conscientes de que el trato tanto “terapéutico” como social recibido por quien es catalogadx como enfermx mental, lejos de acercar a la persona a una verdadera curación, la aleja cada vez más de ésta, y en la mayoría de los casos la empuja hacia una adaptación forzosa a la vida “normal” a base de pastillas.

Como personas críticas y comprometidas en la lucha por la destrucción del capitalismo somos capaces de ver la relación directa que se da entre dicho sistema y el increíble aumento de diagnósticos de enfermedades mentales, diagnósticos estos que por otro lado se ven sujetos a condicionantes de interés tanto “científico” como económico. Sin embargo, a la hora de la verdad, nos vemos atadxs de pies y manos cuando somos nosotrxs o nuestra gente más cercana quienes nos encontramos frente a la enfermedad mental y entonces, bien por desconocimiento o bien por impotencia y desesperación terminamos recurriendo irremediabilmente a los métodos mas normalizados y normalizantes (con todo el mal sentido que pueda encerrar esta palabra) del sistema de salud mental.

Referido precisamente a situaciones como esta y pretendiendo arrojar un poco de luz a la pregunta de ¿qué podemos hacer? se enfocaron estas segundas jornadas en las que, a cargo de Yolanda Nieves (Psicóloga) y Josep Alfons Arnau (Educador social), se hizo un taller de posibles actuaciones de apoyo frente al sufrimiento psíquico. En dicho taller, transcrito en estas páginas, como su nombre indica se dan posibles pautas a seguir a la hora de intentar dar un apoyo más cercano a la persona fuera de los métodos o método más tradicional, que es acudir directamente a un/a psicologx/psiquiatra. No obstante y teniendo en cuenta la probabilidad bastante grande de que se den casos de gente que necesite otro tipo de apoyo más especializado, se adjunta un decálogo a tener en cuenta si se precisa ayuda y se decide buscarla en un/a profesional de la psicoterapia o el asesoramiento aportado por los propios ponentes de la charla, en él se incluyen ciertas condiciones a tener en cuenta a la hora de elegir el tratamiento y la ayuda que se quiera recibir. Previo a estos textos se ha incluido la charla de Enrique

González Duro (psiquiatra que, junto con otros especialistas de la materia, introdujo y desarrolló en cierta manera la antipsiquiatría en España) llamada la reinserción imposible, en la que nos pone un poco en situación del actual estado del sistema de salud mental en España y el concepto tanto social como profesional que se tiene de la enfermedad mental.

.....

Cuando hablamos de la reinserción imposible, hablamos de rehabilitar a un enfermo, lo cual tiene un tufillo raro. En la mayoría de los países, y concretamente en este, se desgaja, por una parte, la asistencia psiquiátrica, que al cabo de los años se va dividiendo en dos sectores: uno que recibe el evanescente nombre de salud mental, que no se sabe muy bien lo que es ni lo que significa, que habla de planteamientos supuestamente comunitarios, colectivos, no centrado en los manicomios sino en los centros de salud mental, pero que atiende sobre todo enfermos agudos, en los ambulatorios; y el otro, las unidades psiquiátricas de los hospitales. Esa es la cobertura pública, que desde finales de los años 80 va funcionando. Va funcionando cada vez peor, porque, si bien es cierto que los dispositivos asistenciales han aumentado, la multiplicación de la demanda de atención psiquiátrica y psicológica ha crecido tanto, que francamente están colapsados. Se da ahora una situación que se parece mucho a la época del franquismo, -con menos enfermos y menos dispositivos- con ese tipo de atención que consistía en dedicar al paciente cinco o diez minutos, tras un tiempo de espera de dos o tres meses. Yo no sé si esto anuncia lo que es temible, que es la privatización de la salud pública, claves ya hay suficientes, y si nos fijamos en el país puntero en el que siempre nos queremos reflejar, Estados Unidos, la privatización es absoluta. Y así está. Muchos datos indican lo desastroso de su situación, y al llegar al tema de salud mental vemos que los índices son muy inferiores a los de cualquier país del llamado primer mundo. Estados Unidos es el país que más gasta en sanidad y tiene unos índices de salud que son incluso más bajos, en algunos aspectos, que los de Cuba que, naturalmente, tiene un gasto bastante inferior.

El caso es que se desgaja por un lado la salud mental, que no sabemos bien lo que es, que presta una atención ambulatoria a los pacientes, y por otro una unidad psiquiátrica en los hospitales, es una asistencia medicalizada, lo cual supone una contradicción tremenda: ¿cómo se entiende que, si en la salud mental intervienen factores biológicos, familiares, sociales, psicológicos, etc., la única respuesta que se dé sean los medicamentos?. Y, por otra parte, cómo, tanto los medicamentos como los ingresos -totalmente medicalizados y medicalizantes-, cómo esas dos estructuras se llaman salud mental. Yo a veces he pensado si es que los psicólogos han tenido tanta fuerza para presionar y conseguir meterse en el dispositivo sanitario, pero no creo que tuvieran tanta fuerza, ni que la cosa surgiera tan simplemente.

Y de esto queda totalmente separada desde el principio la asistencia a los llamados enfermos crónicos, que antiguamente se trataban en los manicomios y básicamente les dejaban allí hasta que murieran -se morían pronto, porque las condiciones del manicomio eran tan pésimas, que el índice de mortalidad se disparaba respecto al del resto la población-. El manicomio, que por cierto sigue existiendo. Ya no es el eje de la asistencia pero existir existe: se han convertido en residencias, centros de rehabilitación, y de ahí es de donde viene la palabra. ¿Qué hacer? En este plan de reforma que se hace en el 86 se aborda el tema de los crónicos. Se dicen básicamente dos cosas: a los crónicos se les someterá a planes de rehabilitación y serán externalizados para que la sociedad se haga cargo de ellos, lo que equivale a decir instituciones privadas, puesto que las administraciones públicas renuncian a los enfermos crónicos. Rehabilitar algo significa

que ese algo previamente ha sido inhabilitado, y eso estaba muy claro con los enfermos ingresados en los manicomios, que eran unos 40.000; y cuando salgan del manicomio, como quieren los progres, pues ya estarán rehabilitados. Y si no, que se haga cargo la familia de ellos, y si no, se morirán pronto y en una o dos generaciones desaparecerán. Entonces, lo único de que precisan es asistencia social. Se pensaba ingenuamente que una vez pasado esto, el problema actual no existiría, creían que era un problema de asistencia social, que no tendría que estar en el campo de la salud. Y así se hizo. En la mayoría de comunidades autónomas se separaron drásticamente los servicios de rehabilitación, o de asistencia social, y los servicios de salud mental, lo que permitió reconvertir los manicomios. Curiosamente, ya que habían sido acreditados centros de inhabilitación y de pronto quieren convertirlos en centros de rehabilitación, a cargo de los servicios sociales. Eso es como negar su condición de enfermos, llevan siendo enfermos toda su vida y ahora resulta que no son enfermos, que lo que necesitan es un cierto apoyo social y nada más.

Pasa el tiempo, y crónicos sigue habiendo, es decir, crónico no era el que estaba encerrado en un manicomio, sino que, al revés, era un enfermo que la sociedad no tenía otros recursos y otros planteamientos más que encerrarlo, en tanto que eran considerados peligrosos. Ocurre que, desde el s. XIX, toda la estructura de atención psiquiátrica se basa en la peligrosidad de los enfermos mentales. El enfermo es un ser peligroso y así es definido siempre por los propios psiquiatras, que quieren abrirse un campo de intervención social que no hubieran tenido fácil de otra manera. Calificar a los enfermos mentales de gente socialmente peligrosa, interesaba a los poderes públicos y edificaron esos mamotretos que serán los manicomios, para atenderles utópicamente, pues su pretensión era curarlos. Al cabo de años resulta que encontramos la situación de unos enfermos crónicos que no están hospitalizados de manera permanente pero que están inhabilitados. El enfermo mental ya no es un peligro público, ya no interesa a los poderes públicos, y si en algún caso supone un peligro, para eso están las cárceles. Y pongo un ejemplo: en Estados Unidos hay 200.000 enfermos mentales en prisión, habiendo sólo 60.000 plazas en hospitales habilitadas específicamente para tratarlos, con un índice de hospitalización bajísimo, por tanto hay que echarlos a la calle rápidamente. Hemos pasado de que el Estado quiera retener a los enfermos mentales como ente socialmente peligroso y manejarle a todo lo contrario, no es peligroso sino que es basura. Y digo basura con toda la intención: no hay sitios para ellos, si cometen un delito van a la cárcel, y en la calle resultan una basura molesta. Por poner un ejemplo, las calles de Nueva York se han vuelto absolutamente peligrosas para los parias. La tolerancia cero es limpieza de pequeños delincuentes o de gente que estorba, entre los cuales están incluidos los enfermos mentales sin recursos, que son una parte importante de la enfermedad mental. Sin recursos, sin familia, sin techo, son sometidos periódicamente a auténticos barridos. Eso explica por qué las cárceles están llenas de enfermos mentales. Y luego, por una especie de fariseísmo, el tiempo de estancia de un enfermo mental en una cárcel estadounidenses, -que no está ahí por haber cometido ningún delito, simplemente ha sido arrestado durante una serie de redadas para sacarlos de la vía pública- es superior al de los presos que están ahí por haber cometido un delito. Esto daría mucho que pensar.

¿Y qué pasa con la rehabilitación? La primera pregunta si pensamos en una rehabilitación es dónde se van a rehabilitar los enfermos que previamente han sido inhabilitados. ¿En las cárceles? Se desgaja, como decía, la rehabilitación de la salud mental, y se crean, y en este país se ve cómo en muchas comunidades están separados en distintos

departamentos los servicios sociales y el área de salud mental, una escisión en donde se habla de rehabilitación psicosocial. Se crean sociedades de rehabilitación en donde hay asociaciones científicas, cursos especializados, revistas, etc., rompiendo absolutamente un principio que en los años 40 y 50, después de la segunda guerra mundial, que fue cuando en algunos países se hicieron avances sinceramente abiertos, decía que “la mejor rehabilitación es aquella que empieza desde el principio”, es decir, que había que evitar que el enfermo quedara inhabilitado. ¿Cómo?. Pues de muchas maneras: la desmantelación de la red manicomial, la reconversión de las estructuras asistenciales dentro de la comunidad, etc. El objetivo era que la situación del paciente no se cronificara. Sin embargo ahora ocurre que la rehabilitación empieza a funcionar cuando ya se ha producido una cronificación, con lo cual nos encontramos con una paradoja: por qué se cronifica a los enfermos (o no se evita que se cronifiquen) para después intentar rehabilitarlos. Interesa crear aparatos que no sirven para nada pero que rellenan el hueco. Cuando hay un problema se crea una comisión ministerial o interministerial, se crea un aparato siempre insuficiente, siempre mal dotado, siempre escaso, para atender los servicios de rehabilitación en paralelo a los servicios de salud mental. Unos servicios de salud mental que no paran de producir enfermos crónicos, por muchas insuficiencias, entre otras razones porque la asistencia que se presta de forma vulgar es meramente medicalizante. Y eso puede valer en los ambulatorios, con enfermos leves, pero con enfermos graves, enfermos psicóticos, no, eso es clarísimo. De tal punto, que cuando uno oye hablar de rehabilitación psiquiátrica actualmente se pregunta si la rehabilitación significa incurabilidad del paciente, porque tenemos que tener claros los conceptos de qué estamos haciendo y para qué. ¿Es incurable el paciente?, ¿se parte de esta base?. Se crean unos servicios complejos de rehabilitación, algunos de los cuales, paradójicamente, están instalados en los mismos edificios manicomiales del pasado. La opinión que tengo de la gente que trabaja en rehabilitación es que trabaja con criterios de incurabilidad, saltándose un poco a la torera todo lo que se hizo en la época, digamos, mejor de la psiquiatría, en la que se plantearon cambios estructurales en profundidad, en los años 40 y 50, antes de la aparición de los psicofármacos.

Y yo quisiera hacer aquí una salvedad sobre lo que se dijo ayer de que los psicofármacos habían contribuido a cerrar el manicomio. Relativamente. Han contribuido a vaciar el manicomio. Todos los planes de transformación surgieron en países europeos (entre los cuales, por supuesto, España no se encontraba) y se plantearon antes de la aparición en el mercado de los psicofármacos. Los primeros psicofármacos aparecen en el mercado en el año 52, 53 y todos estos planteamientos aparecen ya en Inglaterra con el gobierno laborista en los años 40. Entre estos planteamientos estaba ya la rehabilitación de los enfermos, que previamente habían sido inhabilitados, pero la vocación era rehabilitarlos en un sentido curativo, conseguir que los enfermos pudieran llevar una vida relativamente normal y valerse por sí mismos. Y esto surge antes de la aparición de los psicofármacos, de tal manera que en los países que se plantean esta reforma los psicofármacos tienen esa utilidad, efectivamente facilitan, facilitan el plan, pero cuando ese plan no existía los psicofármacos sirvieron para todo lo contrario, y eso es lo que sucedió en España. En España los psicofármacos, que no se introdujeron de manera generalizada hasta los años 80, sirvieron para atiborrar. Y me explico. Yo en los años 80 fui director de un manicomio pequeño en el que cabían casi 900 enfermos, el 90% de ellos crónicos de una media de hospitalización de 15 a 20 años, y los psicofármacos lo que permitían era meter más enfermos: estaban más tranquilos, cabían más. Y cuando uno examinaba las estadísticas se daba cuenta de que cuando aparecieron los psicofármacos aumentaron los ingresos. Quisiera matizar esta afirmación, porque los psicofármacos, dependiendo del uso que se

les dé pueden ser utilizados, y de hecho son utilizados, para machacar a la gente; pueden ser utilizados para aliviar síntomas; pueden ser utilizados para vaciar el manicomio, pero también para llenarlo; entonces el planteamiento conceptual de lo que queremos es fundamental. Y hay que tener presente que la rehabilitación parte de un supuesto: los enfermos son incurables. El hecho mismo de que la organización de la asistencia de la salud mental esté desgajada viene a mostrar que no se cree que sean curables, en el sentido médico de la palabra. ¿Acaso es ya un enfermo?. El tratamiento entonces podría ser similar al de los retrasados mentales.

En contra de todos los planteamientos que se habían hecho hasta el momento, surge tras la Segunda Guerra Mundial la idea de rehabilitación. Pero claro, esos planteamientos se dan en una sociedad que quería cambiar, y no solamente en los psiquiátricos, sino en todo. Era una sociedad que estaba progresando económicamente muchísimo, necesitaba mano de obra y los enfermos mentales eran necesarios como mano de obra para trabajar, entonces era posible la rehabilitación, incluso laboral. Y al mismo tiempo el Estado se ahorra dinero: “te ayudamos a ser independiente, a encontrar trabajo en una sociedad que ofrece empleo”. Eso aquí en España ni lo vimos. Aquí lo que se llamaba “terapia ocupacional” era una forma de ahorrar dinero: se pone al enfermo a trabajar, se le paga con un paquete de cigarrillos y nos ahorramos el salario. A eso se le llamó “labor terapéutica”.

(Aquí comienza el turno de preguntas, del que hemos elegido los fragmentos que consideramos más interesantes)

(...) Ahora hablamos de rehabilitación con pacientes cronicados, y además la sociedad ha cambiado. Cuando se hacen esos programas tan sofisticados de rehabilitación de crónicos, de promoción profesional... Pero bueno, ¿dónde van a trabajar?. ¿Cuál es el objetivo?. ¿Qué trabajen?. ¿Qué trabajen curados o sin curar?. Si trabajan sin curar lo mismo hacemos con los subnormales: les damos un trabajo facilito, que ganen un dinerillo que nunca, nunca, nunca les dará la autonomía suficiente como para emanciparse y vivir la vida propia. Entonces, ¿qué hacer?. ¿Trabajar y hacer programas en una sociedad donde, como decía ayer Rendueles, hay una precariedad en todos los empleos enorme?. ¿Cómo pretendes, si los que no han sido estigmatizados y no tienen que tomar psicofármacos no encuentran un empleo estable, cómo demonios lo van a encontrar los enfermos mentales, a los que se les ha puesto la etiqueta y además se les ha hecho tragar en los cursos de formación que son unos enfermos que tienen que tomar la pastillita toda su vida?. Se aspira a que tengan un empleo estable cuando ni la población “normal” puede aspirar a eso ya, debido a la precariedad absoluta que existe. ¿Cómo lo van a conseguir?. Quizá alguno de manera simbólica... Yo francamente creo que con la etiqueta de enfermo y tomando la medicación... Porque la medicación no es inocua: es evidente que un neuroléptico inhibe las capacidades, y si no prueben los que no hayan tomado nunca neurolépticos a tomar uno.

Aún en caso de que trabajaran, perderían el empleo rápidamente, porque precisamente donde el enfermo mental falla más, es justamente en algo que no se trabaja en la rehabilitación, que es la comunicación. Cualquier trabajo que uno desempeñe en la vida social necesita de la comunicación con todos los demás; si falla la comunicación con los demás, por muy bien que sepas el oficio no duras ni un mes.

Por otra parte, la falsedad de muchos de los programas. De los pocos estudios serios que

se hacen, en el terreno de la salud mental, se comprueban cosas muy curiosas. Por ejemplo, se hacía un seguimiento a un grupo de pacientes sometidos a un programa de rehabilitación con personal preparado, en cuanto a habilidades sociales, etc. Resultados que luego se medían con un grupo de psicóticos, de enfermos crónicos sin techo, sin hogar, sin tratamiento, sin programa, y demostraban más habilidades sociales que los que estaban tratados y sometidos al programa, lo cual es lógico: un psicótico sin hogar y sin familia es un individuo que tiene que buscarse la vida y desarrolla espontáneamente una serie de habilidades sociales y recursos que, probablemente, ese enfermo sobreprotegido por la familia, sobremedicado, constantemente controlado, vigilado en sus horarios y actividades, presionado, no tiene. Rehabilitar debería ser que el individuo volviera a ser una persona “normal”, dueña de sí misma, autónoma...

(...)Y yo me pregunto, ¿qué autonomía tienen los enfermos que están, en muchos casos, incapacitados?. No digo que todos, pero hubo una moda de hace 10 ó 15 años, pero que todavía está, que incapacitaban a cualquiera que pillaran por delante. Y yo no sé si la gente sabe lo que significa estar incapacitado, es la muerte civil del individuo: no puedes casarte, ni trabajar, ni votar, en el caso de que sirviera para algo. Entonces dices, vamos a ver, ¿cómo vamos a rehabilitar a un tipo que está incapacitado?.

Eso por un lado, y por el otro, todos tienen una pensión, y esa pensión es incapacitante laboralmente, entonces ¿de qué rehabilitación hablamos?. Y eso es una trampa tremenda, la pensión, porque siempre es lo suficientemente baja para que el individuo jamás tenga autonomía. Jamás tendrá la posibilidad de vivir al margen de la familia, y si lo hace tendrá que irse a la calle a pedir limosna. Es decir, jamás podrá vivir su propia vida. Es verdad que si a un enfermo crónico le quitan la incapacitación y la etiqueta de enfermo muy difícilmente va a encontrar trabajo, más vale ir sobre seguro, aunque la pensión es absolutamente insuficiente para que alguien pueda desarrollar su propia vida. Y esto genera el círculo vicioso: si tú no generas estabilidad jamás te podrás ir de casa; y si jamás te vas de casa, serás el tormento de la familia y la familia tomará medidas contra ti. Una de ellas: que te omes la medicación, niño...

(...)En Estados Unidos, las asociaciones de familias, que hablan de grupos de autoayuda, tratan de presentarse como que defienden los intereses del paciente y no, defienden los intereses de las familias de los pacientes, que coinciden a veces con los intereses del paciente y muchas veces no coinciden, como las prácticas que utilizan lo evidencian cada dos por tres. Por supuesto que el discurso de las familias no tiene nada que ver con el los reducidos grupos de psiquiatrizados que han elaborado su propio discurso, no tiene nada que ver. Estas asociaciones de familias representan un grupo de presión con bastante poder, y han recomendado, por ejemplo, a todos sus socios que no hagan terapia familiar. Terapia familiar es un planteamiento teórico-práctico que yo creo que es de los más serios que ha habido en la historia de la psiquiatría en cuanto a la concepción y al tratamiento de la psicosis. Pero claro, ese planteamiento significaba que la psicosis era una enfermedad familiar, que si queríamos realmente ayudar a un paciente no podíamos individualizarlo como alguien aparte, una especie de marciano que surge en el seno de una familia normal no se sabe muy bien por qué, etc., sino que parte de que hay un problema de comunicación intrafamiliar y que no se puede entender la enfermedad mental, y concretamente la esquizofrenia, si no es en términos de comunicación familiar: es el grupo familiar el que está enfermo y por tanto debe ser tratado el grupo al completo. La terapia familiar escarba, y prefieren algún medicamento milagroso...

(...)Y lo último que las familias están pidiendo, y probablemente lo consigan, es el tratamiento ambulatorio obligatorio. Con lo cual se hace imposible el pacto con el paciente, el diálogo, pues es la familia en última instancia la que decide...

(...)El fármaco ideal para la industria que lo produce es aquel que te alivia pero no te cura, porque te obliga a tomarlo toda tu vida. Si te cura en una semana se acaba el negocio; pero el chollo es estar vendiéndote toda la vida preparados que no tienen ninguna garantía científica de eficacia, simplemente puro empirismo...

(...)Qué casualidad que estos medicamentos tan milagrosos, precisamente los suarios los rechazan. ¿Por qué?. Habría que preguntárselo a ellos. Yo creo que lo que les genera rechazo, más que los efectos secundarios de la medicación, es asumir el rol de enfermo para toda su vida, porque es un rol invalidante y eso lo rechaza todo el mundo. El hecho de tomar medicación implica muchas cosas. Eso puede llevar también al enfermo a la óptica de pensar que yo no tengo enfermedad si no tomo medicación. Eso no es cierto. Lo que hay que ver es cómo se solucionan esos problemas. ¿Con pastillas?. ¿O las pastillas son una cosa que alivia, pero que el paciente no debería estar en contra de eso, puesto que el objetivo es aliviar su sufrimiento?. Es decir, lo que genera rechazo es la imposición, es lo que significa, es el pronóstico de que no se curara; eso provoca rechazo en todo el mundo...

Posibles actuaciones de apoyo frente al sufrimiento psíquico

por Yolanda Nievas y Josep Alfons Arnau

Segunda de las charlas que tuvieron lugar en el Local Anarquista Magdalena el 2007. Aprovechamos el momento para recordar a Jau, uno de los ponentes y fallecido hace algunos años.

Cada día, en la batalla, pensamos en ti.

Vamos a seguir en la exposición previa que haremos; antes de que vosotrxs planteéis «casos», es decir, situaciones con la aparición de algún problema de relación humana; un esquema bastante clásico: plantearemos con qué modelo teórico trabajamos, modelo que recibe el nombre de terapia breve estratégica (aunque también tiene otros nombres como el de terapia centrada en el problema), después intentaremos responder, con ejemplos de nuestra actividad de asesoramientos, a una pregunta que en nuestro oficio nunca hay que dejarse de hacer: ¿quién necesita a lxs terapeutas o/y asesorxs? E intentaremos aportar elementos de con qué criterios buscarlxs, para acabar la introducción con una concisa exposición de algunas de las técnicas de las que hacemos uso.

1) Marco teórico.

Yolanda: La terapia breve estratégica aparece, esencialmente, gracias a las aportaciones de la orientación sistémica, la epistemología constructivista y el trabajo clínico del psiquiatra e hipnólogo M. H. Erickson.

La perspectiva sistémica se gestó en la década de los 50-60 del recién finalizado siglo XX, en EEUU. La línea dominante en esa década era el neopsicoanálisis, y terapeutas como E.Fromm, Sullivan, Horney... ya ponían el énfasis en el origen psicosocial de los conflictos psíquicos como, por ejemplo, ciertas estructuras familiares. Así pues, se convenía que algunas formas culturales intervenían en la formación de las llamadas enfermedades mentales, y que estudiando el entorno se podía comprender mejor la patología, es decir, ésta tenía un sentido en relación al entorno donde se desarrollaba.

A partir de los años 60 se dejaría de lado el psicoanálisis y predominarían los planteamientos de la teoría de la comunicación. Cabe decir que estoy explicando cómo surgió el modelo sistémico, por nuestra parte el psicoanálisis de Sigmund Freud sigue siendo un modelo del que aprender, aunque no, para nosotros, como terapia, pues en esa faceta no lo utilizamos, sino como forma comprensiva.

Continuando con mi explicación de la aparición de los modelos sistémicos, lxs precursorxs de una nueva forma de investigar en psicología serían, entre otrxs, investigadorxs de las ciencias sociales que utilizaban como método de estudio la cibernética (Heinz von Foerster), donde se estudiaban los fenómenos naturales desde la interacción de sus componentes y no desde el estudio de los componentes por separado, y las investigaciones del antropólogo G. Bateson sobre la comunicación en familias con algún

miembro diagnosticado de esquizofrenia, investigación que observaba el contexto interpersonal de la persona afectada, preguntándose en qué tipo de relación comunicativa tenía sentido e incluso era la única reacción posible el tipo de comportamiento llamado esquizofrénico.

A partir de estas investigaciones G. Bateson planteó su teoría del doble vínculo, uno de los primeros constructos utilizados en base al estudio de sistemas relacionales, que explica la esquizofrenia como un intento límite para adaptarse a un sistema familiar o de comunidad de vida con estilos comunicativos incongruentes.

Con estas influencias y otras previas o/y simultáneas, entre las que cabe destacar la antipsiquiatría, se empieza a desplazar la atención del estudio del síntoma, como intrínseco al individuo, por el estudio de las relaciones sociales disfuncionales. Se despatologiza a la persona y se trabaja a partir de un campo más amplio: las interacciones humanas, necesarias e ineludibles para cualquier persona.

Van, entonces, surgiendo escuelas centradas en este paradigma, el sistémico, interesadas en acercarse a los diversos tipos de relaciones disfuncionales desde el siguiente presupuesto: lo patológico no es el individuo en sí con una psique enferma, sino ciertas relaciones que se establecen entre las personas (familiares, sociales...).

En EEUU aparece la escuela interaccional del M.R.I. (P. Watzlawick, R. Fish, J. H. Weakland), la escuela estructural-estratégica (Haley), y en Europa surgen núcleos como la escuela de Milán (Mara Selvini-Palazzoli), y se refuerzan otros ya existentes como la antipsiquiatría (R.D. Laing, D. Cooper, en Inglaterra, F. Basaglia en Italia, E. González Duro, G. Rendueles, R. García ... en España). Al respecto de la antipsiquiatría, cabe destacar no sólo su cariz sistémico sino también su compromiso con los derechos de los llamados pacientes mentales y en general su valentía al situarse en una posición de denuncia de las desigualdades y el autoritarismo, considerando que las sociedades clasistas y autoritarias son matrices de patología.

En el mismo momento en el que se enfoca el estudio de las enfermedades mentales desde la perspectiva sistémica, se retoma el constructivismo (Kant, Fichte, Schelling, Nietzsche, B. Russell...) en una nueva versión de esta corriente filosófica que pondrá el acento en señalar que cuanto sabemos y creemos es fruto del lenguaje con que comprendemos y transmitimos nuestras percepciones (una posición parecida, aunque alejada en otros terrenos, a la que desarrolló Lacán desde el psicoanálisis) y que, sobre una misma realidad, pueden darse diferentes puntos de vista, todos ellos igualmente válidos en el terreno de la cognición, pero unos más funcionales y saludables que otros en relación, por ejemplo, a si producen sufrimiento.

Se plantea pues, que, al hablar, vamos creando la realidad junto con nuestros interlocutores. Así es como, sobre la base de nuestra biografía, creamos y modificamos nuestra identidad, que retocamos permanentemente en virtud del contexto, de las circunstancias de nuestra interacción y de las características y expectativas de nuestro interlocutor. Los ya citados P. Watzlawick y G. Bateson, así como Maturana y M. White, fueron algunos de los promotores de esta visión del ser humano, aunque de procedencia muy antigua, ya Epícteto, al inicio de nuestra era, decía: "lo que en verdad nos espanta y nos desalienta no son los acontecimientos exteriores por sí mismos, sino la manera en que pensamos acerca de ellos". En resumen: se retoma el constructivismo, que en tanto

que tal plantea en esencia que hay un yo activo que construye la realidad, en interacción con ésta y con lxs otrxs, ahondando en esta ocasión en que tal construcción de la realidad el ser humano la realiza a través fundamentalmente de la comunicación y su instrumento el lenguaje, sea éste el verbal, el gestual, el sintomático...

Algunas de las preguntas que aparecen con la influencia constructivista son del siguiente tipo: ¿Cuáles son las percepciones que la persona tiene de su problema? ¿Qué opinión tiene de aquello que le ha pasado o le está pasando que le impide poder buscar una solución adecuada a las dificultades que tiene que afrontar? ¿Cuáles son las experiencias de la persona que le provocan los síntomas?

La última influencia importante en la orientación estratégica es la del ya citado hipnoterapeuta M. H. Erickson (1901-1980). Erickson nunca formalizó un modelo de terapia pero su práctica clínica fue una enseñanza incalculable. Aportando técnicas orientadas al cambio, propuso un tipo de hipnosis, sin trance profundo y entendida como un estilo comunicativo más que como un cambio de estado de conciencia, que promovía, a través de un lenguaje esencialmente indirecto (metafórico) adaptado a cada persona y de prescripciones de comportamiento diarias, la eliminación de los síntomas de manera rápida y eficaz.

A partir de estas premisas aparece la escuela M.R.I. de Palo Alto (California) fundada por Don D. Jackson en 1963 y donde colaboraron desde el ya citado G. Bateson, hasta el mismo M. H. Erickson, así como un grupo de terapeutas, ya también nombrados: P. Watzlawick, R. Fish, J. H. Weakland,... que estudiaron las relaciones patológicas, disfuncionales, y que se preguntaron cómo ayudar a solucionar de manera efectiva problemas humanos persistentes.

Su objetivo consistía en comprobar qué era lo que se podía conseguir durante un periodo de tiempo limitado -10 sesiones- concentrando la atención en el principal desarreglo que presentaba la persona, utilizando todas las técnicas orientadas a cambio que conociesen o pudiesen tomar prestadas de otrxs y buscando el cambio de la manera menos sufriente posible.

Su experiencia clínica les llevó a formular la idea de que eran, en gran medida, las "soluciones" intentadas por la persona o su entorno las que ayudaban a mantener o hasta exacerbar el problema persistente. Consideraban la aparición y el mantenimiento de los problemas persistentes como un círculo vicioso en el que las bienintencionadas conductas de "solución" otorgaban continuidad al problema, por lo tanto, el bloqueo de tales conductas serviría para interrumpir el ciclo e iniciar la solución del problema.

Los puntos básicos en los que se basaría la terapia breve estratégica del M.R.I. Son:

-Centrarse en el presente, en comprender muy bien el problema y cómo se mantiene éste en la actualidad.

-Las soluciones intentadas sin éxito, tanto de la persona como de su entorno, suelen mantener el problema. Por lo tanto, focalizarse en ellas y bloquear estas soluciones implicará obtener importantes mejoras.

-Proponer formas diferentes de enfocar y pensar sobre el problema: reestructuraciones.

-Proponer tareas, en muchas ocasiones indirectas, paradójicas, humorísticas, absurdas... que provoquen cambios a corto plazo como inicio de nuevas situaciones para que tales cambios se conviertan en duraderos.

A partir de entonces empiezan a surgir modalidades de intervención, bastante singulares y eficaces, ante diversos problemas humanos basadas en estas ideas de base. La escuela se expande y llega a traspasar el océano, con la aparición de terapeutas que, a su vez, siguen verificando la eficacia de esos métodos, como, por ejemplo, la escuela de terapia breve en Italia de G. Nardone.

En efecto, todos estos desarrollos teóricos y sus técnicas y tratamientos, se han ido y se siguen modelando y perfeccionando porque el arte de la estratagema, que es tan viejo e intercultural como la vida, es continuamente recuperado y puesto al servicio de lo terapéutico, lo educacional, lo social, en definitiva, al servicio de la resolución de problemas humanos.

II) ¿Quién necesita a lxs terapeutas o/y asesorxs y cómo y con qué criterios buscarlxs? ¿Qué requisitos básicos hay que tener en cuenta en el caso de una mediación en un conflicto?

Josep Alfons: Tras la brillante, por clara, exposición de Yolanda sobre el marco teórico con el que trabajamos, tal vez lo lógico sería que ahora ya pasáramos, de inmediato, a las técnicas que utilizamos. Pero antes voy a intentar enunciar algunos elementos para que podamos también charlar de qué respuestas pueden encontrar las preguntas que encabezan este segundo apartado del taller, preguntas que son previas a lo técnico.

La cuestión más inmediata que se plantea cuando un grupo social (ya sea familiar, de iguales, de afinidad, comunitario...) arrastra un problema, suele ser el plantearse la necesidad de buscar un/a profesional de lo terapéutico o/y el asesoramiento para que ayude a resolverlo -aclaro que me refiero a un tipo de problema que afecte a las relaciones sociales en el grupo o con otros grupos y a las de individuos consigo mismos, produciendo sufrimiento, persistiendo en el tiempo y mostrándose resistente ante las medidas de solución que el grupo y los individuos generan por si mismos-.

Parece, en efecto, razonable en tales situaciones plantearse buscar asesoramiento profesional, puesto que una ayuda exterior puede ser necesaria, y efectiva, por el hecho de ser una mirada experta y desde fuera, es decir, menos contaminada, por decirlo de algún modo, por el problema. Sin embargo, la cosa no suele ser sencilla y entre otras dificultades que pueden aparecer a este respecto señalaré dos.

A) La primera sería: lxs terapeutas o/y el asesoramiento, ¿para quién? ¿Para la persona que muestra con formas más claras que sufre? ¿Para la persona que, por ejemplo, rompe las reglas de convivencia o para los que la soportan? ¿Para todo el grupo o sólo para algunxs de sus componentes, por ejemplo, sólo, o sobretodo, para lxs que tienen más reconocimiento y mayor influencia o, al contrario, para lxs más débiles para darles soporte?

Mi respuesta es que en un inicio el especialista externo lo precisa aquel o aquella, o aquellos y aquellas, que sienten la necesidad de ayuda profesionalizada para resolver una

situación que no desean, y no es bueno presionar a quien no siente tal necesidad pues, en general, no le serviría de mucho.

Es decir, quien no siente tal necesidad si, por presión, acude a un terapeuta o/y a un asesor, difícilmente, aunque no sea imposible, aprovechará óptimamente el espacio.

Pondré dos ejemplos sobre esta cuestión que he vivido trabajando como educador social:

-En un grupo de iguales uno de sus componentes, muy estimado por el resto y al que se le reconocía su calidad de buena persona y su inteligencia, desde hacía meses consumía alcohol en exceso, sobretudo los fines de semana que era cuando el grupo se reunía, creando situaciones muy desagradables, además de pedir dinero a lxs demás para costearse la bebida.

La situación era, en efecto, muy molesta para todxs y, dado que esta persona hacía años que seguía tratamiento médico con un diagnóstico grave, el grupo sentía que debía ser muy cuidadoso y delicado en la forma de ponerle límites, sin conseguirlo, y en algunas ocasiones, muy en tensión, utilizando su propia forma de decirlo “explotaban”.

Las soluciones que habían intentado tenían un elemento común: intentar conseguir que la persona en cuestión hablara con un especialista.

Así se habían puesto manos a la obra para convencer a su amigo de que debía hablar con su médico de referencia no sólo de su enfermedad sino de sus recientes problemas con el alcohol o buscar para este asunto a otrx terapeuta y también decidieron comunicárselo a su familia. Todo ello con la sana preocupación que les producía la sensación de peligro para la salud de su amigo por lo que estaba haciendo. Y en los momentos de alta tensión, cuando “explotaban” como ellxs mismos decían, amenazaban a la persona con aislarla del grupo.

Nada de esto había surtido ningún efecto de solución del problema y, en las situaciones de explosión nerviosa de los componentes del grupo, la persona en cuestión respondía con amenazas de hacerse daño si se cumplían las también amenazas de dejarlo solo.

Así que, a mi parecer, de forma muy correcta, las personas que desearon ayuda externa profesionalizada, una pareja del grupo, decidieron finalmente consultar ellas sí a un asesor, a mí en este caso.

Por mi parte les propuse una estrategia y unas formas de hacer diferentes hasta las entonces utilizadas por el grupo para abordar el problema de cómo ayudar a su amigo, pero lo que trabajé con la pareja esencialmente, pues dejaron explícito que era eso lo que más les preocupaba, fue la posibilidad de que nuevas estrategias tampoco dieran resultado y cómo asumir entonces su deseo de dejar de ver a la persona en cuestión si no cambiaba de actitud, a pesar de la existencia de alguna probabilidad de que se hiciera daño a si misma.

No les propuse, pues, cómo convencer a la persona para que hablara con su médico u otro terapeuta de su relación con el alcohol, ni para hablar conmigo aunque obviamente estaba dispuesto a atenderlo si lo deseaba.

Se podría pensar que para él no parecía ser un problema su conducta, o que no estaba en condiciones de abordarlo, como se prefiera. Pero no se trataba de eso, sino de respetar la voluntad de dicha persona con respecto al tema, puesto que había dejado claro que no hablaría de éste ni con su médico ni con ningún otro terapeuta aunque el grupo amenazara con aislarlo, y es preciso respetar en esta cuestión la voluntad de las personas, no sólo porque es funcional como veremos, sino por ética.

Opté por trabajar con quien quería un asesor y por no intentar hacerlo con quien no lo deseaba.

La estrategia elaborada, con la pareja que acudió a consulta, para seguir intentando ayudar a su amigo fue probar producir que éste empatizara; es decir, comprendiera no sólo racionalmente sino, a su vez, emocionalmente, lo desagradable que para el grupo significaba su espiral con el alcohol y, para bloquear las soluciones intentadas que eran ya parte del problema, les planteé dejar del todo de apelar a que su amigo se hacía daño a sí mismo, así como dejar de proponerle que hablara con un especialista sobre su relación con el alcohol. Y una de las cosas para hacer que les propuse: emborracharse, muy moderadamente, en una ocasión todo el grupo antes de que tuviera tiempo de hacerlo esa persona y explicarle después “que lo habían hecho para, ejerciendo ellos también el “derecho” a ser soportados por el otro, poder sentir lo que se experimentaba con ello”, pero la mayor parte del tiempo la dedicamos a hablar, en las dos únicas sesiones en las que nos vimos, de sus miedos y sentimientos de culpa ante su deseo de alejarse si la persona a la que estimaban continuaba su espiral.

Con ello pareció ser suficiente, por otro lado, por lo que supe la persona que preocupaba al grupo con su conducta, persona que era, en efecto, inteligente, mejoró, pero ignoro si fue sólo momentáneamente o de forma duradera, mas como ya he dicho, yo no me había centrado en ello sino en el problema que plantearon las personas que deseaban un espacio de asesoramiento: cómo asumir emocionalmente un alejamiento si persistía el problema. El resultado fue que pudiendo, tan sólo, hablar de ello con un profesional externo al problema, estuvieron también, entonces, en mejores condiciones de seguir intentando ayudar a la persona que les preocupaba con formas más efectivas de las hasta entonces practicadas.

En alguna de las ocasiones en que he ejercido mal mi profesión, ha sido en varias de ellas por no tener en cuenta esta cuestión de que el asesor o/y el terapeuta es para quien lo desea y nunca debe ser una imposición. Y os expongo en relación a ello el segundo ejemplo:

-Un grupo con afinidades socioculturales comunes había experimentado actitudes que consideraban problemáticas y fuera de tono por parte de una de sus componentes. Me explicaron que habían conseguido, insistiéndole mucho, que dicha persona se entrevistara conmigo para que la convenciera de que siguiera tratamiento. La mujer, que vivía a considerable distancia, vino a verme y en efecto, después de esa única entrevista, inició una terapia con un terapeuta de su localidad, pero, al parecer, sólo fue a una sesión.

No tenía que haber aceptado por mi parte la demanda del grupo de convencer a esa persona de que iniciara un tratamiento y, en cambio, tenía que haber hablado con lxs componentes del grupo que la hacían, si éstxs lo deseaban, sobre, por ejemplo, la ansiedad que les generaba la situación de la persona que les preocupaba, esto habría

resultado mejor y también hubiera revertido mas positivamente, con casi absoluta seguridad, sobre la mujer que el grupo consideraba tenía serios problemas.

Y entro ahora a comentar la segunda dificultad que suele aparecer en un grupo social cuando sufre un problema persistente de tipo relacional:

B) ¿Cómo buscar a lxs profesionales?

Ante esta cuestión os remito al “Decálogo a tener en cuenta si se precisa ayuda y se decide buscarla en un/a profesional de la psicoterapia o el asesoramiento”, del que os hemos distribuido ejemplares al iniciar este taller (ver anexo). En esencia lo que ahí se plantea es lo ya comentado: Que las relaciones terapéuticas, de asesoramiento educativo, de ayuda social, de mediación, para ser efectivas tienen como condición necesaria, aunque no suficiente, que ser libremente aceptadas y no pueden ser relaciones de poder. Y se añade que existe el derecho a elegir que sean así, cual pequeña guía de cómo poder ejercer tal derecho en relación a la llamada red de salud mental.

Quiero también, muy brevemente, antes de que entremos en algunas de las técnicas que utilizamos en nuestro trabajo, hacer un último comentario en este apartado sobre lo profesional en la resolución de problemas. Al respecto de la mediación y concretamente sobre lxs mediadorxs, a veces necesarixs en un conflicto en un grupo, mi experiencia me dice que hay que tener en cuenta cuatro requisitos:

- 1) Deben ser figuras de autoridad reconocida por todas las partes y aceptadas como tales.
- 2) Con capacidad de escucha.
- 3) Con la potencia de poder ver la “botella medio llena”- no “medio vacía”-, en las dos partes, es decir, lxs mediadorxs deben ser optimistas bien informadx.
- 4) Con capacidad de construir acuerdos. De construirlos, no simplemente de recogerlos.

III) Algunas técnicas para el cambio.

Yolanda y Josep Alfons: Entrando ya en las técnicas empezaremos por explicar que el método que utilizamos para trabajar, propone que el asesor planee su actuación, y decida y haga explícito el tiempo que va a durar, para poder entonces acompañar a la persona en la resolución del problema que se ha definido y acotado previamente de forma conjunta.

Para llevar a cabo ese plan, en el que como ya se dijo es básico conocer las soluciones intentadas para bloquearlas pues son ya parte del problema, utilizamos una serie de técnicas surgidas de la experiencia humana en general y concretamente de las disciplinas de resolución de problemas y las vamos presentando, de diferentes maneras y con variaciones, en función de la situación de avance o no en la consecución del objetivo pactado y de la voluntad de la persona.

Como se verá son técnicas en apariencia nada complicadas, pero no es exactamente así ya que la elección del momento en qué aplicarlas y la forma de presentarlas lo son casi todo. Y sólo resultan efectivas con la condición de que se enmarquen en un plan sólido para el cambio, un plan que debe ir siendo revisado, mejorado, o cambiado del todo, en función, como ya dijimos, de si se avanza en la resolución del problema o no.

Algunas de las técnicas que utilizamos son:

- Las reestructuraciones:

Dependiendo de cómo percibamos nuestra vida actuaremos de una manera o de otra y esa actuación puede producir sufrimiento, así pues, si la persona consigue ver las cosas desde diferentes puntos de vista la dificultad para solucionar el problema o la resistencia al cambio puede disminuir.

Por ejemplo, poder reconocer que una dificultad, aun siéndolo, tiene una parte positiva ayudará a solucionarla. Al contrario, pensar que una situación de sufrimiento no tiene ningún aspecto donde poderse apoyar para crecer, estrechando las propias miras, dificultará su resolución.

- Preguntarse si no será peor solucionar el problema:

Ésta es en muchas ocasiones una pregunta clave, ningún problema, síntoma, malestar, etc, está exento de beneficios secundarios. Por decirlo de algún modo, las personas nos acostumbramos a vivir con malestares que no sabemos hacer desaparecer e intentamos, entonces, extraerle beneficios posibles: Por ejemplo, dejar de ser considerado enfermo puede significar pasar a perder el papel del que debe ser cuidado. Por otro lado, la desaparición de un problema, es decir, el cambio, puede producir efectos que no conocemos, en nosotros y en nuestro entorno y, además, el miedo a la libertad existe.

Plantearle a una persona que se pregunte si no será peor solucionar el problema que lo trae a consulta y que prevea, e incluso liste, lo que puede perder y cómo podría reaccionar negativamente su entorno si el problema desaparece, ayuda a que la resistencia al cambio pueda ser vista con más claridad y con ello disminuya el miedo a lo nuevo.

- La escala del 0 al 10:

Una de las situaciones donde las personas, a veces, nos estancamos, es a la hora de fijarnos metas, y algunas metas pueden llevarnos a la desesperación y al inmovilismo. Cuando nos planteamos metas muy difíciles de conseguir o hasta imposibles, podemos quedar bloqueados y no buscar alternativas más concretas, lo que provoca estancamiento y sensación de impotencia. A este tipo de situación algunos autorxs le han llamado síndrome de utopía. Situándose en lo imposible se imposibilita conseguir lo posible que, además, podría ayudar a que más adelante se lograra hacer posible lo que hoy no lo es.

Cuando un problema es irresoluble deja de ser un problema para pasar a ser lo que se llama el hecho y hay que tomar una decisión, continuar estancados o buscar alternativas que podamos conseguir.

Poder fragmentar una meta en pequeños objetivos ya asequibles, posibilita un cambio de forma de ver las cosas que provoca en la persona confianza en sí misma y una mayor probabilidad de alcanzar más adelante lo que hoy no es posible, y, en el peor de los casos, si no es posible la meta final, sí, al menos, una parte de ella.

Con la escala del 0 al 10, cual un termómetro, intentamos que la persona se sitúe en su camino hacia el cambio y evalúe sus progresos y cómo los ha conseguido: Le pedimos a la persona que nos diga en qué momento se encuentra ella: el 0 sería el reconocimiento de que no ha habido ningún cambio, está igual que antes de venir a vernos y el 10 sería que ya ha conseguido superar el problema completamente. Cuando ya se ha situado entre ese intervalo le proponemos que piense qué debería suceder en su vida para que subiera medio punto en la escala, no un punto, ni dos o tres, sino sólo medio punto. Inducimos, pues, a marcarse objetivos concretos y más fáciles de conseguir que permiten a la persona evaluar qué cosas le están haciendo bien y cuáles no.

-Tareas:

Además de cesar en las soluciones intentadas, reestructuraciones, plantearse si nos será peor solucionar el problema y la escala, proponemos a las personas una serie de cosas para hacer que tienen como objetivo que vivan momentos de su vida cotidiana de otra forma diferente a la que este condicionando el problema. Provocando normalmente un bloqueo del síntoma, aunque sea al principio por momentos relativamente cortos, intentamos producir "espejismo" en la vida cotidiana para que la persona se cuestione su forma de actuar y experimente; al principio sólo durante momentos cortos, pero en los hechos y con la previsión de que dejen de ser sólo breves espacios de tiempo para convertirse en duraderos; otra manera de hacer y percibir las cosas. Las tareas, unas u otras, o en un orden u otro de prescripción, las planteamos dependiendo del problema a resolver y siempre teniendo en cuenta como es la persona que tenemos delante, es decir, intentamos ponernos en su lugar para poder saber de qué manera le puede ser más fácil realizarlas. Algunas de ellas son las siguientes:

- Prescripción del síntoma:

Proponemos que durante un pequeño periodo de tiempo claramente estipulado, y planificado el dónde y cuándo, la persona se provoque de forma voluntaria aquel síntoma que le hace la vida difícil y compruebe que en esos momentos el síntoma no aparece o aparece mitigado: cuando hay un fantasma en tu vida, si lo tocas éste desaparece.

En otros casos, cuando las preocupaciones invaden e impiden llevar una existencia plena, proponemos una cita con los problemas, por ejemplo, ideas recurrentes o voces invasoras. Para que, por una parte, la persona sea quien tome las riendas de su vida otra vez (en nuestros ejemplos será la persona la que decidirá cuando piensa sobre las ideas obsesivas o escucha y dialoga con las voces lo que es diferente a que sean siempre tales ideas obsesivas o voces las que "decidan" ellas cuando aparecer) y ello permite también que se consagren momentos, necesarios pero acotados en el tiempo y con método, a la solución de los problemas que invaden.

La sensación de control, con esta forma de estructurar el contacto con el problema, crece y es que un síntoma se define exactamente por su irrupción involuntaria y descontrolada.

- El pacto del silencio:

En ocasiones hay preocupaciones que constantemente están en nuestras conversaciones con los demás, siempre acabamos hablando de lo mismo hasta que toda nuestra vida gira alrededor del problema. En esos casos proponer que la persona no hable sobre ese tema con nadie, sólo con nosotrxs, provoca un relajamiento de las relaciones con lxs demás y la aparición de otras conversaciones, que, incluso, pueden aportar indirectamente soluciones al problema. Es decir, de nuevo proponemos a la persona que intencionadamente experimente la vida de otra forma y luego reflexione.

- Momentos de distracción o cambio del foco de atención:

Consiste en proponer a la persona que utilice una libreta para apuntar alguna cosa en el momento en el que piensa que va a aparecer el síntoma, sobretodo en los casos de crisis de ansiedad, o bien que busque distracciones como cambiar mentalmente el color de los objetos, etc., porque de esa manera deja de prestar atención a su síntoma y éste suele desaparecer. En este caso volvemos a proporcionar a la persona control sobre algo que ella veía como incontrolable e intentamos conseguir que el síntoma disminuya en su intensidad y aparición para poder encarar en mejores condiciones el ciclo de causas-efectos- ausas... (causalidad circular) que produce tal síntoma.

- Púlpito:

Consiste en invitar a todxs aquellxs que viven con la persona que nos consulta o están implicadxs en el problema, a que, periódicamente, durante media hora se sienten todxs lxs participantes delante de la persona y no digan nada, sólo escuchen lo que aquella persona les tiene que decir. En momentos donde las diferentes partes de una discusión ya no se escuchan sino que sólo se intentan convencer mutuamente, es importante dejar que el otro exprese su opinión sin que haya una respuesta, que se pueda desahogar y se sienta escuchado. Esta tarea la acompañamos, a veces, de la prohibición a la persona de hablar del problema el resto de los días para hacerlo sólo en el "púlpito".

- Cómo empeorar intencionadamente (¿qué harías para empeorar el problema?):

El ser humano tiene una capacidad creativa sin límites y, a veces, la aplica a la propia autodestrucción, pero en la mayoría de ocasiones sin conciencia de lo que hace. Plantearle a alguien que piense como empeorar su problema es poner veto al impulso de hacerse daño. Hacer una lista de las cosas que pueden hacerse para empeorar un problema puede servir, a veces, como una tabla de balizas de señalización de lo que no hay que hacer.

Para acabar ya con esta introducción al taller y pasar a las preguntas y comentarios que deseáis hacer, y a la presentación de problemas, reales o imaginarios que queráis que entre todxs abordemos, queremos dejar claro que ningún modelo y método, y ninguna técnica, es una panacea: su efectividad depende mucho de cómo se utilice y presente y el modelo que os estamos explicando exige que quienes lo aplican tengan creatividad y cuanta más formación en general, y más concretamente de vida, mejor –por ejemplo el arte de ayudar a las reestructuraciones no es fácil.

Lo que hemos hecho es explicar, para socializar experiencias y conocimientos, sobre qué

bases teóricas nosotrxs trabajamos y cuáles son nuestros métodos y técnicas y no pretendemos que ésta sea la única, ni la mejor, forma de hacer en el campo del asesoramiento, lo terapéutico y lo social. Se trata, eso sí, de un método probado como efectivo, que cuanto menos no daña y que puede y debe ir mejorándose con la experiencia y con la crítica.

Madrid. Invierno de 2007.

Estrategias para hacer frente al dolor psíquico de una persona cercana que sufre psíquicamente. Taller práctico.

Este texto incluye el perfil de una persona imaginaria que se utilizó para trabajar en un taller llamado Estrategias para hacer frente al dolor psíquico de una persona cercana, que tuvo lugar en el Local Anarquista Magdalena (Madrid) el 3 de Marzo del 2012.

La idea que se aplicó en el taller es realmente muy simple: se trata de imaginar una persona que podría ser cercana y que sufre psíquicamente, elaborar un perfil detallado —pero que no llegue a ser abrumador— y trabajar en grupos para tratar de afrontar dicha situación. En el caso de que se demandara más información por parte de los participantes, las personas que han convocado el taller se encargarían de facilitarla e incluso improvisarla sobre la marcha si fuera necesaria. Tras un tiempo consensuado con los participantes, se ponen en común las estrategias ideadas por los diferentes grupos.

Tras el perfil, os presentamos los principales temas que se debatieron y algunas conclusiones que pudieron alcanzarse en esta ocasión. Son apuntes tomados en el momento y con las intervenciones de numerosas personas, por lo que no esperéis la redacción y precisión de un artículo. Esperamos que os sean de interés y animamos a la gente a organizar talleres de este tipo: suponen relativamente poco esfuerzo y los resultados valen la pena (como veréis, son muchos los casos en los que el simple sentido común —habitualmente extraviado en la psiquiatría— se impone).

Perfil Ficticio para trabajar

Mujer 27 años. Participa en movimientos sociales, concretamente en un colectivo de barrio. Vive en una gran ciudad, Madrid, por ejemplo.

Tiene un trabajo precario en hostelería, es camarera de tarde-noche, los fines de semana trabaja hasta tarde. No tiene contrato, aunque ya lleva dos años. El entorno laboral (compañeros) no es excesivamente hostil. Los fines de semana no tiene horario fijo, las horas echadas dependen de la clientela.

Formación universitaria superior, es licenciada en antropología. No trabajar en su campo formativo no le crea demasiados problemas de conciencia, sus estudios no son vocacionales.

Comparte piso alquilando con dos amigos (hombres), con uno de ellos mantiene una sólida amistad, el otro es un «coleguilla». Más allá de ciertos roces de convivencia, hay un clima distendido.

Con la familia tiene una relación cordial aunque fría. Se mantienen las formas, pero no hay confianza ni muestras reales de afecto. No hay episodios traumáticos reseñables.

Hay una persona (hombre) con la que tiene una relación no formal. Se acuestan con frecuencia desde hace meses, pero no hay estabilidad ni lo que podríamos llamar amor para entendernos (confianza, trasmisión emocional, etc.).

Consumo de drogas esporádico (speed, mdma), en alguna fiesta, concierto... No consume porros. Sus colegas más cercanos/as son los del colectivo y ellos/as si se drogan con asiduidad. No bebe alcohol destilado, solo cerveza y vino, y nunca sola en casa ni trabajando.

La primera vez que se notó mal psicológicamente fue con 19 años, a los 23 tuvo una recaída que coincidió con la finalización de la carrera y en el momento actual tiene otra: 28 años.

Cuando le han dado crisis, le han dado benzodicepinas (tranquilizantes) en el hospital, pero no ha llegado a estar nunca en tratamiento con psicofármacos. Tras la primera crisis fue a terapia en el servicio de Salud Mental público, pero no le convenció el terapeuta que le tocó (experimentó sensaciones negativas, se sintió escrutada, juzgada y etiquetada).

Los primeros síntomas físicos que tiene son ansiedad: hiperventila, le dan mareos y sensación intensa de agobio. Cuando se encuentra en este estado deja de ir a las asambleas porque estar con mucha gente le provoca presión. Siente vergüenza de hablar en grupo grande, lo que hace que no participe en los debates políticos en iguales condiciones que el resto. En el plano de las relaciones sociales, deja de ver a sus amigos/as porque piensa que les cae mal (entra en pensamientos autorreferenciales de los que no puede salir, en esos momentos tiene claro qué es lo que tiene el resto en sus cabezas). No puede montarse en el metro, donde experimenta altas cotas de ansiedad. En general, cada poco tiempo se suceden periodos de baja autoestima e inseguridades.

Se impone ritmos de militante sacrificada.

Cuando tiene sus “bajones” come cualquier cosa, no siente hambre y no le apetece cocinar. Duerme mal, no tiene horarios. Trata mal a la gente, especialmente a XXXX (su medio amante). Se queda en casa siempre que el trabajo se lo permite. En esos momentos solo se asea para ir a trabajar, y en el caso de librar varios días, deja de ducharse e intenta no salir de casa.

Su pensamiento interno más recurrente es: “los/as demás no quieren estar conmigo, no pinto nada aquí”

La semana pasada, por una cosa anodina (en una misma hora se le rompe la lavadora y se le cae el café sobre un libro prestado) tiene una crisis. Tras faltar a una reunión, dos personas cercanas se acercan a su casa, abre el compañero que no es su amigo y les dice que está muy susceptible, y que su comportamiento ha sido histérico (gritos, portazos...), ha roto cosas del baño y que ahora se encuentra en su cuarto llorando. Les dice que respira raro, como ahogándose. Llamen a su puerta, durante un rato no contesta, después les explica el incidente con la lavadora y el café. Ellos le dicen que no se ponga así, que eso es una tontería. Al irse no se quedan tranquilos, hablan con más amigos y ponen en común algunos comportamientos preocupantes que han apreciado en los últimos meses.

Estrategias para hacer frente al dolor psíquico de una persona cercana en base al perfil ficticio de X

EN EL MOMENTO DE LA CRISIS: PARAR LA CRISIS

-Ayudarla a disminuir la ansiedad, por ejemplo, una tila.

-Remedio para la hiperventilación: beber un vaso de agua a pequeños sorbos, ejercicios para disminuir la respiración.

-Preguntarla si le sienta bien el contacto físico (un abrazo...)

-Coordinarse para llevarle tupperes de comida casera (para darle la alternativa a no comer o a comer "porquerías")

TOMA DE DECISIONES

-Saber si quiere ayuda o no. Hasta qué punto respetar su autonomía si no quiere ayuda; por un lado hay quien intervendría en un momento dado, si se agrava la situación. Por otro lado se ve de estar cerca pero no intervenir si no quiere ayuda, (por ejemplo: su amigo que vive con ella u otra persona, decirle que va a estar en el salón, que si quiere algo se lo pida o si quiere hablar está ahí, estar cerca pero sin agobiar)

-Tratar el tema del curro, si necesita una baja o tiene que llamar al jefe.

-Usar los psicofármacos de forma estratégica, no arbitraria.

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN AFECTIVA

-Cuando las dos personas cercanas a X se acercan y ven el percal se valora negativo el decirle que lo que le ha pasado es una tontería; se valora el pedirle disculpas.

-Intentar solucionar con X lo de la lavadora y el libro. El problema no es que se rompan las cosas, sino la desidia, la apatía y el estrés.

-Que la gente más cercana se acerque a X.

-Mostrarla que a sus amigos le importan estando ahí para lo que necesite.

-Fomentar hablar de lo que le ha pasado o le está pasando pero también hablar o hacer otras cosas diferenciando espacios. Evitar basar las relaciones exclusivamente en el dolor psíquico.

-Las personas que le sienten especialmente mal podrían dejarla espacio en ese momento.

-Si está tratando mal a su gente permitir hasta cierto punto y poner límites; dejar claro que al resto le sienta mal que haga eso. -Preguntarle si quiere que su familia se entere o si tienen conocimiento sobre lo que le ha pasado otras veces y si se sintió apoyada o no.

-No darle importancia al hecho de que rompa cosas en momentos críticos. No basarse en la conducta final, no juzgar ni culpabilizar. Ver que es algo más allá, más interno.

-Hacerle ver que tiene derecho a estar mal. Dejar espacio a estar mal.

EN ESTE MOMENTO SE CREA UN GRUPO DE APOYO A X:

-Proporcionar varias personas de apoyo posible para que nadie se agobie.

-Cuando se pueda, en un momento que esté sosegada, hablar con X. Toma de decisiones conjuntas entre ella y el grupo, consensuadas. Se respeta su autonomía personal pero se crean ciertas pautas de actuación que “debe respetar”

DESPUÉS DE LA CRISIS:

TOMA DE DECISIONES/PAUTAS DE ACTUACIÓN

-Consensuar cuando se encuentre bien cómo quiere que se aborde la situación para próximas crisis; hasta que punto quiere que se permita la autolesión, si quiere medicación o no, etc.

-Motivarle a dejar la militancia, el alcohol, las drogas y el trabajo durante un tiempo, con la finalidad de anular la actividad que le genera la ansiedad. Si relajamos todo eso, damos el espacio para conectar consigo misma y que luego pueda elegir, con qué, cómo y en qué medida va a continuar con estas cosas.

- Si es necesario pedir ayuda a un profesional. Costearlo si es necesario.

-Ayudarla a buscar un trabajo menos estresante, si no encuentra curro o la tiran del suyo, ayudarla económicamente.

-A largo plazo ver si hay otros curros posibles que no impliquen tanto desajuste horario.

- Hablar de la necesidad de hábitos de higiene, nutrición y ejercicio diario. Sale debate sobre si llevarle afectuosamente un tupper de comida sana, es bueno o perjudica a su autonomía, se decide llevarlo como alternativa en la nevera, a tener comida casera o comida “basura”

- Hablar de rutinas, salir a dar paseos, ir al cine. Puesto que parece que en estos momentos tiene fobia social, evitar conciertos y grandes aglomeraciones, mejor sitios tranquilos para que vaya cogiendo confianza.

- Salir a la calle con un objetivo siempre, ir de A a B y de B a A. Para que sienta que tiene un sitio al que ir y al que volver. Trabajar con ello la confianza.

- Posibles clases de danza, yoga, artes marciales, según sus preferencias.

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN AFECTIVA

-A la larga intentar hablar el tema de las drogas pero sin dar lecciones, darle vueltas a cómo abordar el tema. Explicarle el efecto de cada droga o lo que pasa si mezcla drogas legales e ilegales.

-A la larga si siente tristeza invitarla a hacer cosas que le gusten.

-Intentar disipar sus pensamientos negativos sobre lo que la gente piensa, hacerle ver que su gente cercana está ahí si lo necesita. Transmitirla que más allá de los amigos cercanos

hay gente del colectivo que pregunta por ella (devolverle su valor social).

- Mostrarle que su "seguridad" de que cae mal a la gente es sólo intuición, pero no es un dato objetivo.

-Tratar el tema y las causas de su dolor también cuando está bien.

-Ofrecerle planes de poca gente.

-Intentar dar un toque a la gente del colectivo para que hagan planes sin drogas si van a quedar con ella.

-El grupo de hablar del trato hacia X, no culpabilizar, ni quedarse con los "malos gestos" que tiene, van más allá, intentar empalmar con lo que está pasando, pero ponerle límites en lo que les hace sentir mal.

AUTONOMÍA PERSONAL

-Preguntarla qué cosas hizo para salir de las crisis anteriores.

-Buscarle un objetivo para salir a la calle.

-Ayudarla a hacer una lista de cosas que le sienten mal o bien e intentar que ella sola vaya buscando la solución. (Ayudar a que ella haga las cosas por sí misma.)

-Dividir problemas y tratar cada uno, de lo más sencillo o los de más difícil solución.

- La solución pasa por ella misma, no responder a las necesidades del entorno. Que se sienta ella y responda en consecuencia.

OTROS TEMAS A DEBATE:

Salieron otros temas a debate, por ejemplo:

1.- X nos pide que le vayamos a ver y que le subamos un litro de cerveza y unas patatas, ¿qué haríamos?

Algunas de las ideas fueron las siguientes:

Si fuera que sí:

- Subir una lata y no dos litros, puede ser un buen momento para charlar y que se abra.
- Decirle que si quiere una cerveza se duche se vista y se baje a la calle a echársela con la persona a la que se lo ha pedido. Así sale y se relaciona con el exterior.

Si fuera que no:

- Tener cuidado de cómo se le dice que no porque puede ser que se sienta juzgada por su situación anímica y que pierda confianza en esa persona.
- Si hay dudas sobre lo que hacer, preguntarle a alguien del grupo de apoyo, que puede que lo hayan consensuado.
- Poner excusas: "no llevaba dinero encima".

2.- Que el grupo de apoyo tenga las llaves de la casa por si X no abre la puerta en días.

Hay dudas sobre lo que hacer, se determina que el grupo de apoyo debe hablarlo con ella y con el resto de personas que viven en esa casa. Si se decide que si, hablar de en qué caso usarlas porque puede invadir mucho su espacio.

3.- Una persona propone pagarle un viaje a algún lado, sólo de ida. La idea es animarla a que empiece una nueva vida y valore donde se encuentra mejor, lo que ha dejado atrás y tenga tiempo para pensar en ella.

- Muchas personas ven que es una idea descabellada. Parece que quien se lo regale, se quiere "quitar de encima a X", puede hacer que su paranoia sobre que los/as demás no la quieren incremente.

- Tomar la decisión por ella de que viva en otro lado se ve desmedida.