

XI Premi de recerca
en Treball Social
"Dolors Arteman"

Recerca a realitzar



XI
Premi
2021-22



Xavier Miranda Ruche, Isabel Escuder Magaña y Núria Gallart Guivernau

¿Cómo se construye la recuperación en salud mental?

Una aproximación a partir del análisis
en profundidad de diez casos de éxito



11è PREMI DE RECERCA
DE TREBALL SOCIAL
DOLORS ARTEMAN

2021 / 2022

Xavier Miranda Ruche

Trabajador social y doctor en Educación, Sociedad y Calidad de Vida. Profesor lector en el Departamento de Psicología, Sociología y Trabajo Social de la Universitat de Lleida.

Isabel Escuder Magaña

Trabajadora social y directora del Área de Salud Mental de la entidad Intress. Profesora asociada en el Departamento de Psicología, Sociología y Trabajo Social de la Universitat de Lleida.

Núria Gallart Guivernau

Trabajadora social en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. Profesora asociada en el Departamento de Psicología, Sociología y Trabajo Social de la Universitat de Lleida.

11^è PREMI DE RECERCA DE TREBALL SOCIAL DOLORS ARTEMAN 2021 / 2022

Organitzador: Institut Català de Recerca i Innovació Tecnològica
Amb el suport de: Ajuntament de Lleida, Departament de Recerca i Innovació Tecnològica, Universitat de Lleida

¿Cómo se construye la recuperación en salud mental?

Una aproximación a partir del análisis
en profundidad de diez casos de éxito

Publicaciones del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya

XI PREMI DE RECERCA EN TREBALL SOCIAL "DOLORS ARTEMAN"

2021-2022

¿Cómo se construye la recuperación en salud mental?

Una aproximación a partir del análisis
en profundidad de diez casos de éxito

XAVIER MIRANDA RUCHE
ISABEL ESCUDER MAGAÑA
NÚRIA GALLART GUIVERNAU

XI PREMI DE RECERCA EN TREBALL SOCIAL
“DOLORS ARTEMAN”
2021-2022

Publicaciones del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya
XI PREMI DE RECERCA EN TREBALL SOCIAL "DOLORS ARTEMAN"

Título: ¿Cómo se construye la recuperación en salud mental?
Una aproximación a partir del análisis en profundidad de diez casos de éxito

Autoría: Xavier Miranda Ruche, Isabel Escuder Magaña y Núria Gallart Guivernau

Edita: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. Revisado por la Assessoria de Publicacions no Periòdiques. Tots els drets reservats

Fecha de publicación: Octubre de 2024
Diseño y maquetación: Carme Guri Feliu
ISBN: 978-84-09-65138-2

Jurado del XI Premi de Recerca en Treball Social “Dolors Arteman”

Presidenta del Jurado

Conchita Peña Gallardo

*Col·legi Oficial de Treball Social
de Catalunya*

Jurado

Claudia María Anleu Hernández

Universitat Rovira i Virgili

Xavier Casademont Falguera

Universitat de Girona

Joana Crusellas Martínez

*Universidad Nacional
de Educación a Distancia*

Laura Domínguez Acebron

*Ajuntament de l'Hospitalet
de Llobregat*

Maria Victòria Fornés Fernández

Revista de Treball Social

Cristina Gené i Alegret

Generalitat de Catalunya

Ramón Julià Traveria

Universitat de Lleida

Josep Muñoz Luque

Diputació de Barcelona

Belén Parra Ramajo

Universitat de Barcelona

Elena Requena Varón

Universitat Ramon Llull

Manu Vidal-Ribas Belil

*Universitat de Vic. Universitat
Central de Catalunya*

SUMARIO

Presentación de la degana	6
Agradecimientos	8
Introducción.....	9
Primera Parte. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	13
1. SALUD MENTAL, TRABAJO SOCIAL Y RECUPERACIÓN	14
1.1. La salud mental desde una perspectiva social	14
1.2. Los trastornos mentales graves	19
1.3. Recursos y dispositivos de salud mental en Cataluña	23
1.4. La intervención del Trabajo Social en salud mental.....	27
1.5. El enfoque basado en la recuperación	33
Segunda Parte. METODOLOGÍA.....	40
2. EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN.....	41
2.1. Hipótesis y objetivos	41
2.2. Orientación de la investigación	42
2.3. Desarrollo y fases del estudio	48
2.4. Descripción de la muestra seleccionada.....	54
2.5. Consideraciones éticas	59
Tercera Parte. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	61
3. LA RESIGNIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD	62
3.1. La importancia de una historia con sentido.....	62
3.2. El lenguaje metafórico como impulsor de (nuevos) significados	70
3.3. Deconstruir el estigma y el autoestigma	75
4. ROL: DE LA SINGULARIDAD A LA PLURALIDAD.....	81
4.1. Más allá del rol de enfermo.....	81
4.2. Activismo y autoayuda: motores de recuperación.....	87
4.3. Personas clave que marcan un punto de inflexión.....	93

5. LA RESPONSABILIDAD Y EL CONTROL SOBRE LA PROPIA VIDA.....	98
5.1. Vivir con el sufrimiento mental: una relación de aprendizaje.....	98
5.2. La intervención desde el sistema de atención y sus profesionales.....	106
5.3. El tratamiento farmacológico: rechazos, precauciones y aceptaciones	114
Cuarta Parte. CONCLUSIONES	121
6. APORTACIONES	122
7. REFLEXIONES Y CONTINUIDAD.....	129
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132
9. ANEXOS	139

INDICE DE TABLAS, FIGURAS Y CUADROS

Tablas

Tabla 1. Factores de riesgo y de protección en salud mental.....	19
Tabla 2. Aspectos básicos en la investigación cualitativa.....	43
Tabla 3. Características de la entrevista en profundidad.....	47
Tabla 4. Organización de las fases de trabajo	48
Tabla 5. Categorías temáticas establecidas y unidades de registro asociadas.....	53
Tabla 6. Puntuación obtenida según candidato/a.....	56
Tabla 7. Características de la muestra	58

Figuras

Figura 1. Proceso de análisis empírico	52
--	----

Cuadros

Cuadro 1. Descripción de la esquizofrenia	22
Cuadro 2. Descripción del trastorno bipolar de tipo I.....	22
Cuadro 3. Descripción del trastorno límite de la personalidad.....	23
Cuadro 4. Indicadores asociados a un proceso de recuperación positivo	55

Presentación de la degana

Tenéis en las manos el trabajo premiado en el XI Premi Dolors Arteman en la categoría de Millor treball de recerca a realitzar. Para el Col·legi es un orgullo poder impulsar, desde hace más de veinticinco años, un premio como este, que pretende promover la investigación entre las y los profesionales del Trabajo Social, incentivar las buenas prácticas profesionales y potenciar la innovación en el ámbito de la intervención social.

Como Col·legi tenemos el firme compromiso de seguir potenciando todas aquellas iniciativas que apuesten por la investigación, puesto que es la manera de hacer crecer el Trabajo Social, de garantizar su impacto entre los otros profesionales y de mejorar nuestra atención a la ciudadanía.

Y precisamente a ello contribuye esta investigación, “¿Cómo se construye la recuperación en salud mental? Una aproximación a partir del análisis en profundidad de diez casos de éxito”, que nos lleva a hacer un cambio de mirada sobre la salud mental en casos de trastornos mentales graves y los procesos personales de recuperación.

Este giro en la mirada a las personas con enfermedad mental grave es absolutamente necesario en el sí de una comunidad integradora, que aborda sus miembros basándose en la singularidad de las personas y desde una perspectiva holística. Una comunidad que cuida y que pone de manifiesto la singularidad de la dimensión social en salud mental.

Esta investigación aporta también una importante contribución teórica al Trabajo Social en el ámbito de la salud mental. Como trabajadoras y trabajadores sociales, el enfoque basado en la recuperación, en el que se basa esta investigación, encaja perfectamente en los principios y las finalidades de nuestra profesión. Está en nues-

tra mano, como demuestra la investigación, acompañar el proceso de recuperación de las personas con enfermedad mental grave con el fin de que puedan ser los y las protagonistas de sus propias vidas y así dotarlas de sentido, adquiriendo nuevos roles significativos, y haciendo frente al estigma y al autoestigma. Es decir, poniendo el hecho de ser personas por delante de la enfermedad mental.

Os animo a leer esta investigación y a preguntarnos cómo podemos contribuir al necesario cambio social hacia las personas con enfermedad mental grave, con la garantía de los derechos que todas y todos tenemos. Y, como profesionales, reflexionar sobre qué hay que revisar de nuestras prácticas para poder potenciar las capacidades personales de las personas a quienes acompañamos, a fin de que devengan sujetos activos en su recuperación.

Muchas gracias al autor y las autoras por este interesante trabajo.
¡Muy buena lectura!

Conchita Peña

Degana del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya

Agradecimientos

Agradecemos al Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya por impulsar, desde el año 1998, el Premi de Recerca en Treball Social Dolors Arteman. Resulta un estímulo para las personas que formamos parte de esta profesión contar con incentivos de reconocido prestigio que promueven la investigación, las buenas prácticas y la innovación. De la misma manera, agradecemos al Jurado de esta décima edición el hecho de haber valorado de manera tan positiva nuestra propuesta y, así, ofrecernos la posibilidad de llevarla a cabo.

Queremos reconocer la generosidad de las personas participantes en este estudio por el tiempo que nos han dedicado y, especialmente, por el hecho de proporcionarnos su relato vital. Nos honra profundamente haber sido merecedores de su confianza y esperamos corresponderles con un trabajo que pueda contribuir a mejorar las condiciones de recuperación de otras personas afectadas.

Agradecemos también al conjunto de profesionales de la red de salud mental pertenecientes al sistema público de salud y de servicios sociales de Cataluña que han colaborado en el estudio a través de la identificación de personas con un proceso de recuperación positivo y consolidado.

Finalmente, queremos dar las gracias a Sheila Jové, Sandra Mecías y David Escofet por sus valiosas aportaciones al trabajo que aquí presentamos.

Introducción

Esta publicación es fruto de la colaboración existente entre la Universitat de Lleida y el Instituto de Trabajo Social y de Servicios Sociales (Intress). En el marco de dicha colaboración, se presentó una propuesta de investigación a la oncena edición del Premi de Recerca en Treball Social Dolors Arteman, organizado por el Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, finalmente premiada en la modalidad de Millor treball de recerca a realitzar.

La propuesta se originó a partir de un proceso de reflexión que nos llevó a focalizar nuestro interés por aquellos procesos de recuperación exitosos en salud mental, es decir, de personas¹ que, a pesar de presentar un trastorno mental grave, han conseguido alcanzar una vida satisfactoria, a un nivel superior a la que puedan tener otras personas con dichos diagnósticos.

En este sentido, consideramos que es fundamental realizar un cambio de mirada y, lejos de continuar profundizando en las dificultades y problemáticas existentes asociadas a los diagnósticos de salud mental más graves, optamos en esta ocasión por iniciar un trabajo que nos pudiera aportar una información diferente y significativa, basada en la experiencia subjetiva de diez personas consideradas como casos de éxito en salud mental. De este modo, el trabajo se sustenta en la pregunta acerca de lo sucedido en dichos diez procesos.

Con este objetivo, hemos llevado a cabo una investigación apoyada sobre una base teórica consolidada, como es el enfoque basado en la recuperación. De una manera sintética, desde este enfoque se señala que el proceso de recuperación de una persona afectada

¹ Nos referimos a los integrantes de la muestra en masculino dada la presencia de un mayor número de hombres. En cambio, para referirnos a las profesionales del ámbito de la salud mental y de los servicios sociales usamos mayoritariamente el femenino, combinado con formas genéricas y neutras. No hacemos uso de las formas dobles –masculino y femenino– con el objetivo de facilitar la lectura y evitar contrasentidos.

por un trastorno mental grave (en adelante, TMG) consiste, fundamentalmente, en la posibilidad de que esta pueda alcanzar una vida con sentido y satisfacción.

Así, el concepto de recuperación se diferencia de otros utilizados en el campo de la salud mental, en la medida que no se pretende restituir a la persona a un estadio de funcionalidad previo al trastorno, ni tampoco devolverla a un patrón de normalidad preestablecido. De lo que se trata es de fomentar un proceso basado en la singularidad de la persona y en la posibilidad de proyectar una vida satisfactoria, a pesar de la presencia del trastorno.

En correspondencia con lo anterior, el planteamiento del estudio tiene un marcado enfoque holístico e integral. Pretendemos proyectar una mirada más amplia hacia las circunstancias vitales y contextuales, los apoyos personales y profesionales, así como las capacidades individuales que han permitido a nuestros informantes lograr resultados positivos. Y lo hacemos tratando de acceder al saber *en primera persona* que poseen, es decir, a ese conocimiento articulado a través de la experiencia subjetiva que cada uno de ellos ha acumulado a lo largo del tiempo.

Si bien este trabajo parte de una propuesta inicial muy humilde y de alcance limitado, pretendemos que sea un primer paso sólido y fiable que nos permita desplegar progresivamente una línea de investigación que pueda proporcionarnos un conocimiento más certero acerca de los componentes implicados en los procesos de recuperación de las personas con un TMG. Entendemos que la divulgación y la transferencia de dicho conocimiento a los agentes que conforman el sistema de atención en salud mental puede resultar relevante para la intervención social. También esperamos que lo sea en términos de contribución teórica para nuestra disciplina, así como un estímulo para el debate acerca de los retos a los que ha de hacer frente el Trabajo Social en el ámbito de la salud mental.

A modo de presentación, queremos señalar que este libro se estructura en cuatro partes: fundamento teórico, metodología, análisis de

la información y conclusiones. En el primero, integrado por cinco apartados, exponemos los elementos teóricos básicos sobre los que se asienta la investigación. Lo iniciamos realizando un breve apunte acerca de la dimensión social en salud mental y la influencia de las circunstancias estructurales en la prevalencia de las patologías mentales. Seguidamente explicamos en qué consiste la categoría de trastorno mental grave y presentamos la sintomatología ligada a los tres diagnósticos asociados a los participantes del estudio. Continuamos mencionando los principales recursos y dispositivos de salud mental en Cataluña. En cuarto lugar, subrayamos la centralidad del Trabajo Social dentro del ámbito de la salud mental e indicamos sus funciones básicas. Y, en quinto lugar, presentamos los aspectos más relevantes de la orientación que hemos utilizado en el estudio y que, como hemos mencionado, se trata del enfoque basado en la recuperación.

La segunda parte contiene también cinco apartados y se detiene a explicar la metodología seguida. En el primer apartado de esta parte señalamos la hipótesis y los objetivos planteados. A continuación, describimos la orientación de la investigación. En tercer lugar, mostramos el procedimiento metodológico seguido, incluyendo una explicación acerca de la forma mediante la cual hemos operativizado la noción de “proceso de recuperación exitoso”. Cerramos la parte realizando una descripción de los participantes que han conformado la muestra y apuntando las consideraciones éticas contempladas en el estudio.

En la tercera parte, el más extenso, exponemos los principales resultados obtenidos. Para ello se han configurado tres apartados que se organizan sobre los tres conceptos clave del trabajo: la identidad, el rol y el control. Así, durante el primer apartado de esta parte abordamos la importancia de construir una vida con sentido a través de la resignificación de la identidad. Una identidad que en muchos casos queda quebrada por la aparición del trastorno pero que, como veremos a través de las aportaciones de los participantes, se puede reconstruir a medida que las personas son capaces de apropiarse de un relato coherente acerca de su experiencia

vital. En esta parte nos detenemos también en señalar la influencia del lenguaje y de la superación del autoestigma para lograr dicha resignificación. En el segundo apartado de esta parte mostramos como un elemento clave para la recuperación consiste en la posibilidad de que la persona pueda protagonizar diversos roles sociales en su vida, superando así la función totalizante y reduccionista asociada al rol de enfermo. Para ello profundizamos en el recorrido biográfico de los participantes y señalamos cuáles son sus principales contextos de socialización en la actualidad, así como las personas que los han influenciado positivamente. En el tercer y último apartado de esta parte nos centramos en explicar cómo un progresivo aumento de la responsabilidad y del sentido de control sobre la enfermedad repercute de una manera efectiva en el bienestar de la persona y en su proyección de futuro. De este modo, analizamos la manera en que los participantes han aprendido a relacionarse con la enfermedad, hasta el punto de adquirir un dominio cada vez mayor sobre esta. Y examinamos también el impacto que han tenido en esta cuestión los servicios y profesionales de la salud mental que los han atendido, así como la relación mantenida, a lo largo del tiempo, con el tratamiento farmacológico.

Finalizamos la publicación con una cuarta parte de conclusiones, que contiene dos apartados. El primero muestra las aportaciones más relevantes del estudio a partir de una síntesis derivada de aquellos aspectos destacados del análisis. Con el segundo apartado presentamos las principales reflexiones derivadas de la investigación, así como alguna propuesta de continuidad.

Primera parte

Fundamento teórico

1. Salud mental, trabajo social y recuperación

1.1. La salud mental desde una perspectiva social

La salud mental está cada vez más presente en los debates públicos de la sociedad. Entre las diversas razones que pueden explicar esta tendencia, queremos señalar dos aspectos. Por un lado, consideramos que existe una mayor sensibilización por parte del conjunto de la sociedad con respecto a los problemas de salud mental y a su detección, como consecuencia de los avances sociales que han comportado las reformas psiquiátricas realizadas a partir de la segunda mitad del siglo xx. Por otro lado, y de manera más actual, debido al aumento de los problemas de salud mental derivados de la pandemia de la COVID-19. Así, según la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, se calcula que el incremento de los trastornos de ansiedad y depresión fue de un 25% durante el primer año de pandemia (OMS, 2022a). En algunos casos, también ha supuesto un empeoramiento de los problemas de salud mental ya existentes.

Los datos en España siguen la tendencia existente a una escala más global. Según la Encuesta Europea de Salud en España (Instituto Nacional de Estadística, 2021) y la llevada a cabo por el Centro de Investigaciones Sociológicas (2021), ha habido un incremento de los trastornos ansioso-depresivos y de la sintomatología compatible con el trastorno de estrés postraumático. Se han registrado también complicaciones asociadas a problemas de salud mental previos a la pandemia sobre todo en trastornos de la conducta alimentaria, cuadros psicóticos y de las conductas adictivas sin sustancia como, por ejemplo, las relacionadas con las tecnologías de la información y la comunicación.

La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y

trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (OMS, 2022a). La salud mental tiene, por tanto, un peso muy importante en el bienestar general de las personas. Está relacionada con nuestra capacidad para relacionarnos con los demás, desenvolvernos en la vida, enfrentar dificultades y prosperar. La salud mental se presenta así en un proceso continuo y complejo, que abarca desde un estado óptimo de bienestar hasta estados de sufrimiento y dolor emocional debilitantes.

En cualquier momento, varios factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales pueden interactuar para influir en nuestra salud mental y cambiar nuestra posición en el continuo de la salud mental. Aunque la mayoría de las personas tienen una notable capacidad de resistencia, aquellas que se enfrentan a circunstancias desfavorables, como la pobreza, la violencia y la desigualdad, tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales (OMS, 2022a). Por este motivo es necesario partir de una mirada amplia y global hacia el fenómeno. Una visión que tenga en cuenta la variedad de elementos multifactoriales desde una perspectiva biopsicosocial.

Gran parte de la evidencia científica muestra que la salud mental está determinada por una amplia gama de determinantes de carácter social, económico, ambiental y político, que están estrechamente vinculados entre sí. Los determinantes sociales son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que afectan a su salud mental. La pobreza, la desigualdad, la falta de educación, el desempleo y la discriminación son algunos de los determinantes sociales que pueden tener un impacto negativo en la salud mental.

Numerosos estudios han demostrado consistentemente que la desigualdad socioeconómica se asocia con una mayor prevalencia de trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad. Así, por ejemplo, Lundin y Hemmingsson (2009) señalan la relación entre el desempleo y los trastornos mentales graves concluyendo que el desempleo aumenta el riesgo de desarrollar problemas de salud mental.

También se encontró una relación bidireccional donde las personas con trastornos psiquiátricos previos tenían un mayor riesgo de desempleo. Por otro lado, Lorant et al. (2003) muestran la asociación entre las desigualdades socioeconómicas y la depresión. Concluyeron que existe un gradiente socioeconómico en la prevalencia de la depresión, donde las personas de menor estatus socioeconómico tienen un mayor riesgo de padecerla.

En esta línea, la OMS ha realizado diversos estudios con respecto a los determinantes sociales de la salud con el objetivo de elaborar una serie de medidas y estrategias al respecto. De acuerdo con estos, la relación existente entre pobreza y enfermedad mental se caracteriza por su retroalimentación negativa. Es decir, la pobreza aumenta el riesgo de verse afectado por un trastorno mental, mientras que tener un problema de salud mental aumenta el riesgo de encontrarse en una situación de pobreza (OMS, 2007). La pobreza puede ser a la vez causa y efecto de los problemas de salud mental. Una educación insuficiente, desventajas materiales y desempleo también se han asociado a tasas altas de trastornos mentales comunes.

De la misma manera, las condiciones laborales ejercen un papel fundamental en la promoción y mantenimiento de la salud mental de los trabajadores. Si bien el empleo, por sí mismo, no garantiza una buena salud mental, factores como el ambiente laboral o las condiciones del trabajo resultan ser tan o más fundamentales (OMS, 2003).

La discriminación racial, étnica, de género, orientación sexual o de cualquier otra forma puede aumentar el riesgo de problemas de salud mental. Estos factores pueden generar estrés y ansiedad, lo que a su vez contribuye al desarrollo de problemas de salud mental. Un estudio reciente de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA junto con la Fundación Mutua Madrileña (2023), destaca, en este sentido, el mayor riesgo de intento de suicidio entre las personas del colectivo LGTB.

Por su parte, los determinantes económicos también están estrechamente relacionados con la salud mental. La insuficiencia material, la precariedad económica y el endeudamiento excesivo son factores que pueden aumentar el riesgo de sufrir problemas de salud mental. Las personas que enfrentan dificultades financieras experimentan a menudo altos niveles de estrés y ansiedad, lo que puede tener consecuencias negativas para su salud mental (OMS, 2004, 2007, 2011).

Los determinantes ambientales, como el entorno físico en el que vivimos, también desempeñan un papel muy importante en la salud mental. La exposición a la contaminación del aire y la falta de espacios verdes se han asociado con un mayor riesgo de trastornos mentales. Estos factores ambientales estresantes pueden afectar negativamente el bienestar psicológico y contribuir al desarrollo de enfermedades mentales (Filipova et al., 2020; Goldberg, et al., 2021). Además, los problemas de vivienda y, especialmente, los relacionados con la falta de esta, se han relacionado con una mayor prevalencia de trastornos por consumo de drogas y alcohol, depresión, ansiedad, intentos de suicidio y esquizofrenia (Funk et al., 2010).

Por último, los determinantes asociados a las políticas, prácticas y estructuras gubernamentales condicionan también la salud mental de la población. En este sentido, aquellas políticas que promueven la igualdad, la justicia social, la participación ciudadana y el acceso a servicios de salud mental de calidad suelen tener un impacto positivo en la salud mental de las personas. Por el contrario, una inversión insuficiente en servicios de salud mental, sumado a la ausencia de políticas integrales, puede tener efectos contrarios y negativos. De esta manera, la falta de acceso a servicios de salud mental asequibles y de calidad dificulta el tratamiento y la recuperación de las personas con trastornos mentales. La investigación ha demostrado que los sistemas de atención inadecuados y la falta de cobertura limitan el acceso a la atención, lo que perpetúa las desigualdades en la salud mental. En esta línea, la OMS señala como improbables las mejoras en salud mental sin políticas públicas que aborden de manera horizontal y transversal los siguientes ámbitos: educación,

ocupación, servicios sociales, justicia y derechos humanos, vivienda y medio ambiente (OMS, 2004).

Muy ligado a los determinantes que influyen en la salud mental encontramos los factores de riesgo y de protección. Los factores de riesgo son entendidos como aquellas condiciones asociadas a una mayor probabilidad de exposición, aparición, gravedad y duración de los problemas mentales. Pueden manifestarse en todas las etapas de la vida, pero los que afectan durante la infancia son especialmente perjudiciales (OMS, 2022a). La base de una buena salud mental se forja ya en el embarazo y con una crianza de calidad. Sentirse valorado, respetado y apoyado durante la infancia promueve una salud mental positiva y fomenta la resiliencia. Por otro lado, los factores de protección se expresan a través de aquellas condiciones que nos ayudan a prevenir problemas de salud mental y nos hacen ser más resistentes. El resultado de esta combinación es lo que nos predispone a aproximarnos a situaciones de mayor o menor vulnerabilidad social con respecto a las problemáticas de salud mental. Si bien los determinantes tienen un marcado carácter macroestructural, los factores de riesgo y protección combinan la dimensión macro y micro. En la tabla que sigue se incorporan algunos de los factores principales.

Tabla 1. Factores de riesgo y de protección en salud mental

Factores de protección	Factores de riesgo
<ul style="list-style-type: none">• estimulación primeriza• buen nivel educativo• sentimientos de seguridad y dominio de la propia vida• adaptabilidad y autonomía• entorno familiar positivo• entornos sociales tolerantes• calidad de los servicios públicos• participación comunitaria• existencia de espacios verdes en el entorno urbano• suficiencia material y económica	<ul style="list-style-type: none">• abusos y maltrato• disfuncionalidad familiar• consumo de tóxicos• embarazo precoz• estrés• fracaso escolar• falta de red social• precariedad económica• problemas de vivienda• exclusión social• conflictos comunitarios• ambientes sociales imprevisibles

Fuente: Elaboración propia a partir de Goldberg et al., (2021); Hernández (2013); OMS (2004).

1.2. Los trastornos mentales graves

El trastorno mental grave es una categoría conceptual surgida a finales de los años setenta en el contexto de la atención comunitaria en salud mental. Tiene un marcado carácter operativo, si bien su aportación más relevante se centró en la posibilidad de trascender el uso del diagnóstico clínico como único elemento para organizar y estructurar la atención en salud mental (Conejo et al., 2014) y acompañarlo de otros factores más amplios que presentan impacto en el devenir de la persona y pueden ser relevantes desde la perspectiva de la intervención profesional.

Desde entonces hasta la actualidad se han realizado diferentes definiciones de la categoría, por lo que resulta dificultoso encontrar un consenso unánime entre la comunidad científica y profesional. En términos generales, se puede decir que el TMG se usa para referirse a aquellos cuadros psiquiátricos de mayor severidad que

tienden a prolongarse en el tiempo y que son generadores de dificultades importantes para mantener la funcionalidad.

De esta manera, las dimensiones vinculadas a la definición guardan relación con el diagnóstico, la discapacidad y el tiempo. El criterio temporal se utiliza para diferenciar al grupo de personas que presentan trastornos de larga duración y descartar casos que, aunque puedan presentar síntomas de gravedad, su recorrido resulta ser corto. En este sentido se utiliza un período de dos años de duración del tratamiento y la enfermedad.

La presencia de una afectación significativa en el funcionamiento –formativo, laboral, social, familiar– de la persona es otro de los elementos característicos incluidos en la categoría. Así, la dimensión asociada a la discapacidad puede relacionarse a dificultades en el manejo y desarrollo autónomo de la persona, especialmente en los períodos en los que aparecen crisis agudas. La vertiente operativa asociada al TMG resulta especialmente relevante en esta dimensión, dado que se pueden establecer algunas necesidades comunes –clínicas y sociales– en personas afectadas por un TMG que los sistemas de atención a la salud mental deben tener en cuenta. De una manera sintética, la respuesta a dichas necesidades acostumbra a articularse a partir de la intervención sanitaria centrada en el diagnóstico y el tratamiento psiquiátrico y farmacológico, el control de la sintomatología, la prevención de las crisis o el abordaje psicológico. Por otro lado, la intervención de carácter social se dirige, fundamentalmente, a potenciar el desarrollo autónomo de la persona dentro de su contexto social. Esta esfera se puede desplegar mediante servicios dirigidos a satisfacer las necesidades de vivienda, apoyo formativo y laboral, fomento del ocio, defensa de los derechos individuales y colectivos, o protección legal, entre otros.

Finalmente, la dimensión diagnóstica resulta la más debatida de las tres, dadas las discrepancias existentes en los criterios a utilizar para su selección e inclusión. En sus inicios, la categoría TMG estaba conformada, fundamentalmente, por los trastornos de carácter psicótico vinculados con la esquizofrenia. Posteriormente, se

integraron las patologías más severas asociadas a los trastornos del estado de ánimo, en este caso el trastorno bipolar y los trastornos depresivos más graves, como son la tipología recurrente y la que se acompaña de síntomas psicóticos. De manera más reciente, los trastornos de personalidad, a partir del trastorno límite de la personalidad, se han incorporado dentro de dicha categoría. Sin embargo, como indicamos, no existe unanimidad al respecto y se puede observar, a través de una mirada atenta a la literatura científica, que la consideración diagnóstica a incluir resulta cambiante en función de las diversas orientaciones y escuelas existentes.

En el planteamiento de nuestro estudio hemos optado por tomar una consideración amplia de la dimensión diagnóstica y, de esta manera, quedamos abiertos a incorporar personas que presentaran alguna de las cuatro patologías señaladas. Tal como se podrá observar en el siguiente bloque, entre los diez informantes que han integrado la muestra se encuentran cuatro personas diagnosticadas con esquizofrenia, cuatro más con trastorno límite de la personalidad y dos con trastorno bipolar.

A continuación, plasmamos la sintomatología asociada a los tres diagnósticos mencionados (cuadro 1, cuadro 2 y cuadro 3). Para ello utilizamos la *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5* de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), así como la 11.^a edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022b).

Cuadro 1. Descripción de la esquizofrenia

La esquizofrenia se caracteriza por trastornos en múltiples modalidades mentales, incluido el pensamiento (por ejemplo, ideas delirantes, desorganización en la forma de pensamiento), la percepción (por ejemplo, alucinaciones), la experiencia personal (por ejemplo, la experiencia de que los sentimientos, impulsos, pensamientos o comportamientos propios están bajo el control de una fuerza externa), la cognición (por ejemplo, problemas de atención, memoria verbal y cognición social), la volición o voluntad (por ejemplo, pérdida de motivación), el afecto (por ejemplo, expresión emocional embotada) y el comportamiento (por ejemplo, comportamientos que parecen bizarros o sin propósito, y respuestas emocionales impredecibles o inapropiadas que interfieren con la organización del comportamiento). Pueden presentarse alteraciones psicomotoras, incluida la catatonia. Las ideas delirantes persistentes, las alucinaciones persistentes, los trastornos del pensamiento y las experiencias de influencia, pasividad o control se consideran síntomas centrales. Los síntomas deben haber persistido durante al menos un mes para que se pueda asignar un diagnóstico de esquizofrenia. Los síntomas no son una manifestación de otra afección de salud (por ejemplo, un tumor cerebral) y no se deben al efecto de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central (por ejemplo, corticosteroides), incluida la abstinencia (por ejemplo, la abstinencia de alcohol).

Fuente: OMS, 2022b.

Cuadro 2. Descripción del trastorno bipolar de tipo I

El trastorno bipolar de tipo I es un trastorno del estado de ánimo episódico definido por la aparición de uno o más episodios maníacos o mixtos. Un episodio maníaco es un estado de ánimo extremo que dura al menos una semana, a menos que se acorte con una intervención de tratamiento caracterizada por euforia, irritabilidad o expansividad, y por un aumento de la actividad o una experiencia subjetiva de aumento de energía, acompañado de otros síntomas característicos como hablar rápido o presionado, fuga de ideas, aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, distracción, comportamiento impulsivo o imprudente y cambios rápidos entre los diferentes estados de ánimo (es decir, labilidad del estado de ánimo). Un episodio mixto se caracteriza por la presencia de varios síntomas maníacos prominentes y varios síntomas depresivos prominentes consistentes con los observados en los episodios maníacos y los episodios depresivos, que ocurren simultáneamente o se alternan muy rápidamente (de un día a otro o en el mismo día). Los síntomas deben incluir un estado de ánimo alterado consistente con un episodio maníaco y/o depresivo (es decir, estado de ánimo deprimido, disfórico, eufórico o expansivo) y estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, durante un período de al menos 2 semanas, a menos que se reduzca mediante una intervención de tratamiento. Aunque el diagnóstico pueda hacerse con base en la evidencia de un episodio maníaco o mixto, generalmente los episodios maníacos o mixtos se alternan con episodios depresivos durante el curso del trastorno.

Fuente: OMS, 2022b.

Cuadro 3. Descripción del trastorno límite de la personalidad

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría (2013, p. 417).

1.3. Recursos y dispositivos de salud mental en Cataluña

Los recursos públicos que abordan la salud mental en Cataluña combinan diversas posibilidades de atención, ya sea desde el sistema público de servicios sociales (Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales) o desde el sistema público de salud (Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria). Dicha atención se despliega mediante servicios especializados en el ámbito ambulatorio, comunitario, de rehabilitación, internamiento y atención a las adicciones. De todos los recursos que se integran en ambos sistemas, destacamos aquellos que las personas participantes en el estudio han utilizado de forma mayoritaria.

- Recursos y dispositivos del sistema de salud en Cataluña (Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut, 2020):
 - Ambulatoria. En estos recursos, equipos multidisciplinares integrados (entre otros) por profesionales de la Psiquiatría, la Psicología y la Enfermería, prestan una atención especializada en régimen ambulatorio a aquellas personas derivadas desde la atención primaria. En este, destacamos los centros de salud mental y adicciones (CS-MiA), los cuales prestan atención psiquiátrica ambulatoria y de apoyo a la atención primaria para las personas mayores de dieciocho años.
 - Hospitalaria. Los servicios de hospitalización de salud mental están orientados a las personas que, de forma voluntaria o involuntaria, necesitan de un período de hospitalización para garantizar una estabilidad clínica. Estos se prestan desde los hospitales psiquiátricos, junto con los servicios de Psiquiatría en los hospitales generales y centros sociosanitarios. Cuentan con recursos para atender a pacientes con trastornos en fase aguda y subaguda y unidades de atención psiquiátrica y de salud mental con internamiento de media y larga estancia (MILLE) para enfermos crónicos o de larga evolución.
 - Grupal/comunitaria: a escala grupal, nos encontramos con el recurso de hospital de día, el cual presta servicios de hospitalización parcial para personas con trastornos mentales que no requieren un internamiento. En este, se combinan los tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos y de rehabilitación, con el objetivo de conseguir el máximo nivel de reinserción familiar, social y laboral.
 - A escala comunitaria, hacemos referencia, en primer lugar, a la figura del referente de bienestar emocional comunitario, incorporada hace pocos años al sistema y que forma parte de los equipos de atención primaria (EAP). Se trata de un profesional que desarrolla, en la comunidad, tareas de promoción y prevención en salud emocional. Incluimos también, en segundo lugar, al servicio de rehabilitación comunitaria (SRC). En estos centros se pres-

tan servicios de intervención social para personas con trastornos mentales graves, con el objetivo de ofrecer un espacio que les permita alcanzar un mayor grado de autonomía mediante un tratamiento recuperador de las capacidades personales y habilidades sociales, siguiendo en su medio familiar. Por último, se incluiría también en esta categoría el programa de seguimiento individualizado (PSI) cuyo objetivo es determinar e integrar las intervenciones necesarias y oportunas, así como movilizar los servicios y recursos idóneos, para favorecer procesos de recuperación en las personas usuarias.

- Recursos y dispositivos del sistema de servicios sociales en Cataluña (Decreto 142/2010, de 11 de octubre):
 - Vivienda. En los recursos de vivienda mencionaremos tres servicios que se caracterizan según el nivel de atención a la persona atendida:
 - Servicio de hogar residencia. Son establecimientos de atención permanente o temporal en los que las personas con enfermedad mental de larga evolución y problemática social grave pueden vivir las veinticuatro horas del día y recibir el apoyo de un equipo multidisciplinar de profesionales de forma continuada.
 - Servicio de hogar con soporte. Son viviendas donde conviven varias personas con el apoyo externo eventual de un equipo profesional. Generalmente, son pisos integrados en la comunidad, habitados por personas con enfermedad mental que gozan de un buen nivel de autonomía y que necesitan apoyo externo en el proceso de inclusión social. Tienen por objeto facilitar un entorno sustitutivo en el hogar, adaptado a las necesidades de asistencia y que permita potenciar la autonomía. Este recurso constituye un recurso intermedio entre los hogares residencia y la vida autónoma.

- Servicio de apoyo a la autonomía en el propio hogar. Este recurso ofrece orientación y apoyo a las personas con enfermedad mental que viven solas, en pareja o con otras personas en su hogar y que plantean determinadas necesidades en este. Tiene por objetivo contribuir al desarrollo de la persona en las actividades de la vida diaria, tanto en su hogar como en la comunidad, posibilitando y mejorando su autonomía.
- Laboral. En este ámbito encontramos el servicio prelaboral. Va dirigido a personas con alguno de los diagnósticos incluidos en la definición de TMG, estabilizadas y compensadas de su enfermedad. Promueve la integración laboral mediante el aprendizaje de las habilidades sociales y laborales básicas.
- Judicial, en el cual encontramos el servicio de asistencia a personas con enfermedad mental en el ejercicio de su capacidad jurídica. Se trata de un servicio modificado recientemente, a raíz de la reforma del Código Civil en el año 2021 sobre el procedimiento de modificación de la capacidad, cuyo elemento fundamental de la nueva regulación no es ni la incapacitación ni la modificación de la capacidad, sino el respeto a la voluntad de la persona con discapacidad y la toma de decisiones.

El servicio, que es prestado por entidades de soporte sin ánimo de lucro, tiene dos objetivos fundamentales:

- Dar soporte y acompañar a las personas usuarias en todas las áreas que necesiten con el fin de defender sus derechos y fomentar la autonomía en la toma de decisiones.
- Promover la autonomía personal de las personas que soliciten medidas de soporte, mediante un procedimiento judicial de jurisdicción voluntaria o mediante la formalización de una escritura pública notarial.
- Ocio. En este ámbito encontramos el servicio de club social, el cual es un programa de soporte a la integración

e inserción comunitaria mediante el ocio. Se basa en la creación y estímulo de vínculos relacionales para mejorar el sentimiento de pertenencia de la colectividad en la lucha contra la estigmatización.

1.4. La intervención del Trabajo Social en salud mental

Partiendo de la influencia de los determinantes sociales en la salud mental de la población, y teniendo así en cuenta la importancia de los distintos factores sociales señalados, consideramos el Trabajo Social una profesión básica para el mantenimiento y la promoción de los factores sociales que favorecen la prevención y la promoción de la salud mental entre la ciudadanía.

El Trabajo Social interviene en la mayoría de estos factores a través de las teorías sobre el comportamiento humano y los distintos sistemas sociales. Basándonos en la definición global que realiza la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2014), el Trabajo Social "involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a los desafíos de la vida y aumentar el bienestar y se lleva a cabo cuando se considera que hay una necesidad de cambio y de desarrollo social o comunitario". En lo que se refiere a la especialización del Trabajo Social en salud mental, nos resulta útil destacar las aportaciones de Ituarte (1992), que define el Trabajo Social clínico en salud mental como:

Una forma especializada del Trabajo Social, que siguiendo el procedimiento científico y por medio de un proceso psicoterapéutico trata de ayudar a personas, familias y/o grupos pequeños que se encuentran en situaciones de conflicto manifestadas por problemas psicosociales, a que desarrollen sus capacidades tanto psicológicas como sociales, en forma que puedan hacer frente en mejores condiciones tanto a sus problemas actuales, como a otras situaciones conflictivas que pudieran presentarse en el futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (de sí mismos y de su entorno), su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así

como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social (p. 11).

Siguiendo esta definición, y como también apunta Sobrino y Rodríguez (2007), en la atención de personas que padecen algún tipo de patología mental se detectan una serie de problemáticas y necesidades específicas que tienen índole social y comunitaria, como: la intervención psicosocial y el apoyo a la integración social y laboral; las necesidades de apoyo al alojamiento y atención residencial; el apoyo económico y a sus familiares; y la protección y defensa especial de los derechos.

Desde este punto de vista, el trastorno puede considerarse un acontecimiento social. Por ello, podemos afirmar que, si el acontecimiento y la situación es social, la intervención debe de ser también social (Falck,1990). Debemos tener en cuenta que la incorporación de la profesión de Trabajo Social en el ámbito de la salud mental se ha consolidado de forma gradual en nuestro país a partir de la reforma psiquiátrica, y mediante la constatación de la influencia que tiene el entorno social en la aparición, evolución y pronóstico de las enfermedades mentales. Se ha implementado de forma paulatina y gracias a los avances que han ido desarrollando las sociedades sobre los destinos de las personas afectadas por un trastorno mental. Es decir, cuando se plantean destinos más justos, respetuosos y libres, se incorpora en mayor medida la tarea del Trabajo Social.

Así pues, vemos como la salud mental abarca no solamente la sintomatología, los fármacos y las intervenciones en momentos de crisis, sino que también se relaciona de forma directa con las condiciones de vida, el desarrollo afectivo, emocional, laboral e intelectual, y con la capacidad de integración social y comunitaria. Por lo que es evidente que debemos abordar estas situaciones desde una perspectiva holística, considerando no solo los aspectos clínicos, sino también los emocionales, sociales y ambientales o comunitarios. Con este enfoque se permite obtener una comprensión más completa de los desafíos que enfrenta una persona que sufre una en-

fermedad mental, así como también diseñar intervenciones mucho más efectivas.

Como hemos visto, esta visión de la salud mental plantea que es un fenómeno complejo que está influenciado por diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Para poder obtener esta visión integral debemos incorporar el Trabajo Social en la interdisciplinariedad del sistema de atención. Esta lógica de trabajo permite una visión más completa y holística de las necesidades de las personas y, al combinar diferentes perspectivas y conocimientos procurando la integración de las diferentes disciplinas, se pueden conseguir resultados óptimos y que tengan en cuenta todas las áreas biopsicosociales de la persona atendida.

Teniendo en cuenta esta importancia de interdisciplinariedad en la atención a la salud mental y la necesidad ya mencionada de valorar la interacción entre lo biológico, psicológico y lo social de la persona y de su entorno, queremos destacar la especificidad del Trabajo Social en este ámbito de atención y su interés por el contexto social dentro del cual se modifican o producen problemas individuales o comunitarios relacionados con la salud mental.

En esta especificidad, debemos tener en cuenta que las actividades que se desarrollan desde el Trabajo Social en las áreas de salud mental son distintas según donde se prestan los servicios y la finalidad de estos, así como los objetivos del equipo de intervención. Aun así, podríamos destacar las funciones que se establecen en el *Estaduto de la profesión de diplomado/a en Trabajo Social / Asistente Social* que propone el Consejo General del Trabajo Social (2001). En este se mencionan las distintas funciones que desarrollan los trabajadores sociales en el ejercicio de su disciplina. Así, destacan funciones de prevención y atención directa, y se suman funciones de planificación, docencia, promoción, mediación, supervisión, evaluación y funciones gerenciales. Podríamos decir que estas funciones se proponen y se pueden establecer para cualquier ámbito de intervención del Trabajo Social.

De forma más concreta, Garcés (2010) establece unas funciones básicas de la intervención del Trabajo Social en salud mental, que indicamos a continuación:

- Función preventiva, de promoción e inserción. Persigue la adecuación personal al medio social mediante la integración e inserción social. Está dirigida a evitar situaciones de exclusión social que se puedan derivar de una enfermedad mental y se persigue el objetivo de mejorar la integración de la persona con un trastorno mental en su entorno familiar y social.
- Función de atención directa. Se refiere a la atención que es prestada a personas, familias y/o grupos que presentan (o que están en riesgo de presentar) problemas sociales relacionados con un problema de salud mental. Se dirige a trabajar los recursos de las personas y familias a las que se atiende mediante un análisis y detección de necesidades y de riesgo, una valoración sociofamiliar y el consecuente diagnóstico social y posterior planificación de intervención. Las acciones que derivan de esta función están dirigidas a garantizar la atención integral.
- Función de coordinación dentro del equipo. Tiene relación con la necesidad de incorporar el factor social derivado de la problemática de salud mental para planificar una actuación conjunta que tenga en cuenta la continuidad de los cuidados con los recursos psicosociales necesarios y posibles. Serán las intervenciones dirigidas a trabajar de forma conjunta con los distintos profesionales que intervienen en el caso para determinar objetivos comunes de intervención, ofrecer una atención integral a la persona y garantizar la continuidad asistencial.

Dentro de estas funciones, se pueden definir cuáles son las actividades que se desarrollan en el ámbito del Trabajo Social en salud mental, teniendo en cuenta que estas pueden cambiar en función de las necesidades y situaciones de cada familia, persona o comunidad. Según el Grup de Treball de Salut Mental del Col·legi Oficial de

Treball Social de Catalunya (2016) podemos distinguir seis áreas de actividades desarrolladas:

- **Asistencial.** Se refiere a la intervención individual y del entorno sociofamiliar de la persona y es un elemento básico de intervención, y puede ser individual, de grupos o comunitaria. En esta podemos encontrar funciones relacionadas con el asesoramiento y orientación a la persona y a su entorno sobre las necesidades que presenta su proceso, detectar e identificar los aspectos sociales que pueden ayudar a potenciar habilidades y garantizar la continuidad asistencial. También funciones que queden enmarcadas en la gestión de casos, y la valoración social de los distintos aspectos sociofamiliares, así como las correspondientes solicitudes de servicios y prestaciones que ayuden a satisfacer las necesidades de apoyo de las personas según su plan de trabajo. Podremos observar también funciones de acompañamiento y apoyo a través de la escucha activa, la empatía y el establecimiento de una relación terapéutica; así como actividades de mediación, de promoción y de seguimiento asistencial.
- **Coordinación y participación.** Hace referencia a las actividades profesionales dentro del equipo para obtener una visión integral de los casos y elaborar un plan de intervención adecuado en cada caso. Puede ser dentro del mismo equipo de trabajo, con la necesidad de aportar la valoración social, o con profesionales externos, para garantizar la coordinación y la continuidad asistencial. En esta área también recogen las actividades que hacen referencia a participar en espacios de trabajo y reflexión dentro del ámbito de salud mental.
- **Docencia e investigación.** Hace referencia a las actividades de enseñanza y de formación, ya sea dentro de la entidad, en ámbitos académicos o en promover la dimensión social en otras disciplinas. También se recoge la importancia de la investigación como estudio y evaluación de los factores sociales más destacados que afecten de ma-

nera importante a los trastornos mentales, ya sea con el diseño de proyectos de investigación o con la creación de instrumentos de valoración.

- Planificación y organización. En este caso, se identifican las actividades relacionadas con diseñar, organizar y valorar los recursos y programas más adecuados, apostando por la perspectiva social.
- Evaluación. Estas actividades se dirigen a analizar los resultados obtenidos para poder valorar la consecución de los objetivos planteados, así como poder hacer propuestas de mejora, mantenimiento o cambio.
- Gestión. Son las actividades que se desarrollan desde el Trabajo Social cuando el profesional tiene las responsabilidades de planificación del centro, o de dirección y control de los programas sociales.

Finalmente, añadimos las aportaciones de Gómez y Zapata (2000) en la explicación que hacen respecto del papel del trabajador social en salud mental:

- Prevención de la enfermedad mental mediante la detección precoz de casos potenciales, la explicación de los servicios clínicos a los usuarios y, en su caso, el acompañamiento de los pacientes; la implementación de medidas para favorecer los contactos de postcura, organizar grupos de padres y autoayuda; colaborar en campañas de salud mental, etc.
- Contribuir (...) a conocer la realidad sociofamiliar y laboral del enfermo, y lograr un correcto diagnóstico mediante la elaboración del informe social.
- Señalar las directrices a seguir en un determinado enfermo, con el fin de que su adaptación a la realidad social sea lo más completa posible. (...)
- Actuación en todas las áreas del tratamiento (...), entendiéndose como tales, de una forma flexible y amplia, el trabajo con el paciente, con el sistema marital, con otros sistemas familiares, y con el conjunto de la familia o del

grupo; y todo ello, a los diversos niveles sistémicos institucionales y comunitarios (...) (p. 20-21).

En resumen, la intervención del Trabajo Social en el ámbito de salud mental abarca distintas funciones, procurando la promoción del bienestar de los usuarios y de su entorno familiar, social y comunitario a través de distintos programas de promoción, prevención, concienciación y educación. Destacamos las funciones y actividades de prevención, promoción de la salud mental, y la defensa de los derechos de las personas y su entorno, luchando contra la discriminación, el estigma y la exclusión social, y promoviendo el respeto a la autonomía, a la dignidad y a la igualdad de oportunidades como principios profesionales básicos.

1.5. El enfoque basado en la recuperación

“Lo que hacemos con nuestros clientes en trabajo social no es una cuestión de sentido común evidente. Es una cuestión de elección teórica, lo reconocamos o no (...). El lado en que nos situamos determina nuestro punto de vista y nuestro punto de vista determina nuestra línea de actuación”.

Howe, 1999, p. 85

El abanico de posibilidades en cuanto a las orientaciones teóricas que pueden fundamentar la intervención para la práctica del Trabajo Social en salud mental resulta muy amplio. Desde aquellas que lo hacen sustentadas en las ciencias *psi*, como las psicodinámicas y cognitivo-conductuales; pasando por orientaciones más funcionales, como la centrada en la tarea o la intervención en crisis; la teoría sistémica, que supera el marco individual e incorpora el subsistema familiar; también la orientación humanística, basada en un paradigma de carácter más interpretativo; o las orientaciones crítica-radicales, situadas en una lógica conflictivista.

Cada una de ellas presenta un contexto y una perspectiva singular para el conocimiento y la intervención, así como unos objetivos, métodos y procedimientos diferentes. No es objeto de este traba-

jo profundizar en la descripción de las diversas propuestas, pero sí que lo es clarificar el hecho que para el desarrollo de nuestro estudio nos hemos apoyado en un modelo teórico enmarcado dentro de la orientación humanística, como es el enfoque basado en la recuperación en salud mental. Y aquí sí que queremos detenernos brevemente para apuntar algunos de sus aspectos más relevantes. La particularidad, en nuestro caso, es que este posicionamiento teórico lo utilizamos para la exploración y la adquisición de conocimiento y no para la intervención, y además lo combinamos –como explicamos en el bloque siguiente– con un paradigma de investigación cualitativo.

El enfoque basado en la recuperación mantiene una penetración creciente en los servicios de salud mental en los últimos años. Viene impulsado por la tradición anglosajona, y siguiendo a Anthony (1993), uno de los fundadores del enfoque de recuperación, se podría definir como:

Un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental (p. 527).

Siguiendo las distintas definiciones de las ideas de recuperación en salud mental, vemos que este concepto es distinto a una definición de remisión de síntomas. Este enfoque no significa necesariamente una cura clínica, sino que se basa en el recorrido de la persona que vive con problemas de salud mental y en el proceso de construir su vida, más allá de la enfermedad mental (Slade, 2009, 2013). En el sentido de recuperación clínica, se ha demostrado que los pasos hacia el enfoque de recuperación (social) en salud mental conducen a una reducción de los síntomas, de forma mucho más efectiva que con la mayoría de los avances en tratamiento médico (Burns et al., 2009). Por lo tanto, podríamos decir que la recuperación representa un modelo que se aleja de la enfermedad, de la patología o de los

síntomas, y se acerca a las fortalezas y a la salud y, en general, al bienestar de la persona.

Autores como Andresen et al., (2003) identifican cuatro componentes clave del proceso basado en la recuperación: esperanza, restablecimiento de una identidad positiva, construir una vida con sentido y asumir responsabilidad y control. Si nos guiamos por la definición de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA, (2012), observamos que identifican de manera más concreta diez componentes básicos en el enfoque de recuperación. Analizando estos componentes que se proponen desde SAMHSA vemos como el enfoque de recuperación contempla distintos elementos de la vida de las personas, centrándose en aspectos sociales y en la esperanza, el respeto y la autonomía personal. Estos diez aspectos son:

- Esperanza. La creencia de que la recuperación es real proporciona el mensaje esencial y motivador. Parte de la idea de que las personas pueden superar los retos, barreras y obstáculos internos y externos a los que se enfrentan. Observan la esperanza como el catalizador del proceso de recuperación, y determinan que esta se interioriza y puede ser fomentada por compañeros, familiares o profesionales.
- Iniciativa propia. Se basa en que la recuperación está impulsada por la propia persona. La autodeterminación es básica en el proceso de recuperación, ya que es imprescindible que las personas definan sus propios objetivos vitales y dirijan, controlen y elijan sus apoyos y servicios que contribuyan al proceso de recuperación. Al promover esta autonomía se capacita a las personas para tomar decisiones informadas y aprovechar sus fortalezas para recuperar o ganar control de sus vidas.
- Multiplicidad de vías. Parte de la idea de que las personas son distintas y tienen, por lo tanto, necesidades distintas, así como puntos fuertes, preferencias, objetivos, experiencias y culturas distintas que afectan y determinan

sus caminos hacia la recuperación, por lo que estas vías deben de ser personalizadas y no lineales.

- Enfoque integral u holístico. Hace referencia a que la recuperación abarca toda la vida, incluyendo la mente, el cuerpo, el espíritu, la comunidad, etc. Por lo que debe incluir desde prácticas de autocuidado, hasta la familia, el empleo, el hogar, la educación, el tratamiento clínico, los servicios y apoyos, la atención sanitaria, las redes sociales, la participación comunitaria, la espiritualidad, etc. Y esta gama de conceptos y servicios deben de estar integrados en la atención y coordinados entre ellos.
- Apoyo. Durante el proceso de recuperación se debe tener en cuenta el apoyo de otros compañeros de las personas que viven con problemas de salud mental. La ayuda mutua incluye intercambio de conocimientos y habilidades, así como aprendizaje social, y este apoyo mutuo (ya sea con grupos de ayuda mutua o de forma más informal) desempeña un papel crucial en la recuperación, ya que los iguales animan e implican a otros compañeros y se proporcionan mutuamente un sentido vital de pertenencia, relaciones de apoyo y comunidad. Al ayudar a los demás y a la comunidad, uno se ayuda a sí mismo. Con los grupos de apoyo, organizaciones comunitarias y recursos locales que pueden proporcionar apoyo emocional, oportunidades de participación social y un sentido de pertenencia, también se promueve la inclusión social y se trabaja para combatir la estigmatización y la discriminación relacionadas con la salud mental.
- Las relaciones humanas. Un factor importante en el proceso de recuperación es la presencia y la implicación de personas que crean en la capacidad de la persona para recuperarse, que ofrezcan esperanza y apoyo y que sugieran recursos para el cambio. En este sentido, la familia, los compañeros, amigos, la comunidad, el grupo de iguales, etc., forman redes de apoyo de vital importancia en el proceso de recuperación, ya que conducen a un mayor sentido de pertenencia, de empoderamiento y autonomía

de la persona, así como inclusión social y participación en la comunidad.

- La cultura. Como ya se ha mencionado, partimos de que la recuperación tiene una base e influencia cultural. El trasfondo cultural, en todas sus representaciones (valores, tradiciones, creencias, etc.), es clave para poder determinar hacia dónde se guía la recuperación. SAMHSA plantea que los servicios deben tener una base cultural, ser sensibles, congruentes y competentes, así como personalizados, para satisfacer las necesidades únicas de cada individuo.
- La confrontación del trauma. Parte de la idea que el tratamiento del trauma contribuye a la recuperación; en este sentido, se asocia que la experiencia del trauma es a menudo precursora o está asociada a problemas de salud mental y otras cuestiones relacionadas, por lo que plantea que los servicios deben tener en cuenta este para fomentar la seguridad (física y emocional) y la confianza, así como para promover la elección, la capacitación y la participación.
- Las fortalezas y responsabilidades: se basa en que las personas, las familias y las comunidades tienen capacidad y recursos que sirven como base para la recuperación. Además, las personas tienen una responsabilidad personal en su propio autocuidado y en su proceso hacia la recuperación, así como las familias y las personas significativas de la persona tienen la responsabilidad de apoyar a las personas que se encuentran en recuperación. También las comunidades tienen la responsabilidad de ofrecer oportunidades y recursos para abordar la discriminación y para fomentar la inclusión social y la recuperación de las personas que viven con un problema de salud mental. Y no podemos olvidar que las personas en recuperación también tienen una responsabilidad social y deben tener capacidad para unirse a sus iguales y compartir con ellos necesidades, deseos y aspiraciones.

- El respeto. Parte de la idea de que la recuperación está basada en el respeto. Así pues, la aceptación de la comunidad, de los servicios y de la sociedad por las personas afectadas de un problema de salud mental es crucial para lograr la recuperación.

Desde el punto de vista de la práctica profesional, Borg y Kristiansen (2004) plantean que las características clave que deben tener las profesionales según este paradigma de recuperación son: mostrar una actitud de apertura; colaborar de igual a igual; centrarse en recursos internos de la persona; reciprocidad y tener la voluntad de ir más allá. Otros autores también proponen características profesionales relacionadas con habilidades de empatizar, atender, cuidar, aceptar, animar a asumir riesgos responsables y tener actitudes positivas, y añaden “crear relaciones que inspiren esperanza” como base para una práctica profesional orientada a la recuperación (Perkins, 2006).

En definitiva, el enfoque de la recuperación requiere un cambio de relación entre las personas usuarias de los recursos de salud mental y las profesionales de la salud. Roberts y Wolfson (2004) lo han descrito como un cambio del profesional, el cual hasta ahora ha sido visto como una posición de autoridad, a ser considerado un acompañamiento más horizontal, a convertirse en un profesional que ofrece sus habilidades profesionales y sus conocimientos, que aprende del paciente y lo evalúa como experto que es, gracias a su experiencia. La base es una relación abierta, de confianza y honestidad, y es la calidad de esta relación de ayuda lo que resulta crucial. En este paradigma, la tarea final del profesional es ofrecer los recursos suficientes a la persona para que le sirvan a esta para gestionar su enfermedad. Lo resumen muy bien Repper y Perkins (2003) con el concepto *on tap, not on top* ('al lado, no encima').

En este aspecto, vemos como los objetivos de las profesionales y de los servicios de salud mental que se orientan a través del enfoque de recuperación son distintos a los que se enfocan con los objetivos tradicionales de tratamiento y cura de la enfermedad. En la recu-

peración, la mejoría de los síntomas es importante, pero la calidad de vida y el bienestar propio es básico para la recuperación (Onken, et al., 2007). En conclusión, el enfoque basado en la recuperación supone, por tanto, transformar los servicios de salud mental, significa conseguir no solo cambios en la organización de los servicios, sino un cambio cultural, una evolución de la forma de entender los trastornos mentales y la superación de estos.

Segunda parte

Metodología

2. El proceso de investigación

2.1. Hipótesis y objetivos

La hipótesis que guía esta investigación plantea que las personas que logran un proceso de recuperación positivo en salud mental lo hacen a partir de una interacción exitosa en tres dimensiones clave: la clínica, la psicológica y la social. Sin embargo, la conformación de este éxito continúa siendo desconocida –poco sistematizada y difusa– para las profesionales que intervenimos en este ámbito.

Hasta el momento, la comunidad científica y profesional ha tendido a profundizar en un conocimiento específico –atomizado y poco interrelacionado– para cada una de estas dimensiones. En cambio, poco sabemos de la compleja interrelación entre los componentes implicados en cada una de estas, así como de los aspectos concretos –circunstancias vitales, apoyos personales y profesionales, capacidad de resiliencia– que impulsan una sinergia positiva entre todos ellos.

El hecho de promover un conocimiento holístico y poder obtener una visión más integral a partir del estudio de casos podría permitir a los servicios y profesionales de la salud mental integrar este saber y orientar nuestras actuaciones en beneficio de lograr estas sinergias, estableciendo servicios que acontezcan plataformas para la verdadera recuperación en salud mental.

En cuanto al objetivo general que pretendemos lograr con este proyecto de investigación, este pasa por conocer los factores que han impulsado la consecución de diez procesos de recuperación positivos en personas afectadas por un TMG.

Entre los objetivos específicos que se derivan de este más general, situamos los cinco siguientes:

1. Identificar las prácticas profesionales que los participantes de la investigación han interpretado de manera positiva para su proceso de recuperación.
2. Señalar aquellas cualidades, competencias y rasgos de personalidad de los participantes –factores internos– que han promovido una recuperación positiva.
3. Reconocer los elementos contextuales y estructurales vinculados a los participantes –factores externos– que han promovido esta recuperación positiva.
4. Situar los acontecimientos vitales que han resultado relevantes en esta consecución.
5. Distinguir aquellas interrelaciones significativas entre los factores internos y externos que promueven la recuperación en salud mental.

2.2. Orientación de la investigación

Este trabajo se inscribe en un paradigma de investigación cualitativo, mediante el cual pretendemos profundizar en las interpretaciones y el significado que los participantes otorgan a su proceso de recuperación. Le acompaña un análisis microsocioal del fenómeno y se opta por una descripción en profundidad mediante la inmersión en un contexto específico (Berenguera et al., 2014; Brunet et al., 2002; Riba, 2010; Ruiz-Olabuénaga, 2012).

Mediante este paradigma hemos asumido un rol reflexivo, crítico y abierto acerca del fenómeno que investigamos, utilizando una estrategia idiográfica, cuya finalidad ha sido la de comprender de manera inductiva a cada participante (Mejía, 2011) entendiendo que lo que nos estaba narrando resultaba ser una historia singular perteneciente a un individuo único e irrepetible.

Bajo esta lógica, optamos por la densidad y flexibilidad en nuestro análisis, adoptando una perspectiva holística y global. Renunciamos, de entrada, a explicaciones de carácter causales y primamos un tipo de conocimiento en profundidad que nos permita posterior-

mente contar con la posibilidad de representatividad y extensión de sus resultados. Dicha extensión se orienta hacia una perspectiva dialógica (Martínez-Hernández, 2010) mediante la cual reconocer la importancia de la experiencia de las personas afectadas en la educación para la salud.

Siguiendo a Berenguera et al. (2014), señalamos que la orientación cualitativa es un tipo de investigación subjetiva que:

(...) se acerca más a las personas investigadas que otros paradigmas, y por ello, su implicación con ellas es mayor. De esta manera, la acción y el cambio, el compromiso con los sujetos investigados y el enfoque de la investigación a darles voz y empoderamiento son ingredientes que están siempre explicitados como principios básicos de esta metodología (p. 15).

Tabla 2. Aspectos básicos en la investigación cualitativa

Bases teóricas	interdependencia sujeto-sujeto énfasis en el contexto presencia de valores
Objetivo	compartir significados inductivo conocimiento intensivo profundizar
Equipo Investigador	subjetividad inmerso en un contexto
Diseño	flexible, abierto, circular orientado al descubrimiento
Muestra	intencional y razonada flexible conveniente y suficiente
Datos	observaciones, narraciones, textos, datos visuales instrumentos flexibles
Análisis	orientación inductiva longitudinal durante la investigación

Fuente: Berenguera et al., (2014, p. 17).

En cuanto a la validación de la investigación cualitativa, seguimos a Ruiz-Olabuénaga (2012), cuando apunta la necesidad de aplicar cuatro criterios básicos. Se trata de: credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad.

El criterio de *credibilidad* tiene que ver con la validez interna de la investigación. Para garantizarlo, seguimos las siguientes indicaciones del autor:

- Mantener presente, a lo largo del proceso, los intereses y objetivos de la investigación, aunque esto lleve a realizar cambios en la planificación inicial.
- Estar alerta a los sesgos que se pueden producir en la recogida de datos.
- Permitir un esquema mixto de trabajo, de forma que las diversas fases (recogida de datos, interpretación, sistematización) se puedan interrelacionar mediante una dinámica de progreso circular.

En cuanto al criterio de *transferibilidad*, tiene relación con la validez externa; es decir, con la posibilidad de representatividad de la investigación y la extensión de sus resultados. En este punto, el autor recuerda que esta representatividad no está sujeta al número, sino a la tipología de sujetos incorporados. Para Ruiz-Olabuénaga (2012), una prueba de que se cumple este criterio la tendremos si los resultados de la investigación pueden ser utilizados como hipótesis para iniciar otra. En este sentido, este trabajo concluye con la formulación de una hipótesis de continuidad.

El tercer criterio, *dependencia*, representa una analogía del criterio de fiabilidad en la investigación cuantitativa, y, por lo tanto, tiene que ver con la estabilidad y consistencia de los datos, su tratamiento y los resultados obtenidos. Como propuesta para aproximarse al cumplimiento de este criterio, el autor hace referencia a los dos siguientes, y que hemos incorporado durante el proceso:

- Documentar los cambios y las revisiones que alteren el plan inicial de investigación.
- Contar con la presencia de apoyos externos que examinen y valoren la calidad de los procesos seguidos.

Finalmente, la *confirmabilidad* prevé los riesgos asociados a una interpretación de carácter demasiado personal –por parte del investigador– de la información que la investigación va generando. Como en el criterio anterior, en este caso también hemos incorporado la presencia de agentes externos que analicen la relación entre los datos empíricos obtenidos y los resultados presentados.

En lo que se refiere a la técnica de recogida de la información que hemos utilizado para llevar a cabo la investigación, esta ha sido la entrevista en profundidad, descrita como:

(...) una técnica de obtener información, mediante una conversación profesional (...). Lejos de constituir un intercambio social espontáneo, comprende un proceso, un tanto artificial y artificioso, a través del cual el entrevistador crea una situación concreta –la entrevista– que, lejos de ser neutral, implica una situación única. En esta situación, intervienen tanto el entrevistador como el entrevistado, dando lugar, con frecuencia, a ciertos significados que solo pueden expresarse y comprenderse en este mismo marco de interacción mutua (Ruiz-Olabuénaga, 2012, p. 165).

Así pues, esta técnica implica una dinámica de interacción entre dos actores, en la cual el entrevistador busca favorecer la producción de un discurso en el entrevistado sobre un tema definido en el marco de la investigación.

Siguiendo a Ruiz-Olabuénaga (2012), señalamos que la entrevista en profundidad que realizamos tiene un carácter individual y holístico.

El elemento *individual* apunta a una conversación que se desarrolla entre entrevistador y entrevistado, cuyo tema de conversación se repite con otros sujetos. En nuestro caso, con un total de diez personas.

El término *holístico* hace referencia al hecho de que el entrevistador trata de recorrer, de una forma panorámica, el mundo de significados que el actor confiere sobre dicho tema. En este sentido, se evita una forma de proceder enfocada, como sucede en el tipo de entrevista estructurada.

Si bien hemos tratado de alejarnos de cualquier rigidez, tanto en el desarrollo de la conversación-entrevista como en el contenido, cabe indicar que hemos elaborado un guion orientador mediante el cual proponer al entrevistado las diversas áreas de interés preestablecidas para la investigación.

Entre las ventajas que encontramos en el uso de esta técnica, destacamos: el hecho de que, comparado con otras técnicas, en esta se generan mayores posibilidades de cooperación con la persona; permite conseguir una comprensión de sus características psicológicas y ambientales, así como la posibilidad de clarificar el sentido cuando resulte necesario; y permite profundizar y completar información en aspectos más complejos.

Por otro lado, es preciso tener en cuenta también las limitaciones que puede presentar la entrevista y que, en muchos casos, son inherentes a la misma técnica. Por ejemplo, en las limitaciones del lenguaje y de la propia expresión verbal del entrevistado, hecho que puede dificultar el reflejo de ciertos pensamientos y emociones. O bien, en las propias intervenciones del entrevistador, que pueden limitar la eficacia de la técnica en la medida que algunos comentarios pueden condicionar las respuestas (Brunet et al., 2002).

A través de la siguiente tabla presentamos, de una forma sintética, las principales características de la entrevista en profundidad.

Tabla 3. Características de la entrevista en profundidad

<p>La entrevista</p>	<p>Pretende comprender más que explicar. Busca maximizar el significado. Adopta el formato de estímulo/respuesta sin esperar la respuesta objetivamente verdadera, sino subjetivamente sincera. Obtiene con frecuencia respuestas emocionales, pasando por alto la racionalidad.</p>
<p>El entrevistador</p>	<p>Formula preguntas sin esquema fijo de categorías de respuesta. Controla el ritmo de la entrevista en función de las respuestas del entrevistado. Explica el objetivo y motivación del estudio. Altera con frecuencia el orden y forma de las preguntas, añadiendo nuevas si es preciso. Permite interrupciones e intervención de terceros si es conveniente. Si es requerido, no oculta sus sentimientos y juicios de valor. Explica cuando haga falta el sentido de las preguntas. Con frecuencia improvisa el contenido y la forma de las preguntas. Establece una relación equilibrada entre familiaridad y profesionalidad. Adopta el estilo del oyente interesado, pero no evalúa las respuestas.</p>
<p>El entrevistado</p>	<p>Cada entrevistado recibe su propio conjunto de preguntas. El orden y formato pueden diferir de uno a otro.</p>
<p>Las respuestas</p>	<p>Son abiertas por definición, sin categorías de respuestas preestablecidas. Grabadas conforme a un sistema de codificación flexible y abierto a cambios en todo momento.</p>

Fuente: Ruiz-Olabuénaga, 2012, p. 170.

2.3. Desarrollo y fases del estudio

El desarrollo de este proyecto de investigación, de un año de duración, se ha organizado mediante tres fases de trabajo y ocho acciones estratégicas. En relación con las fases, estas han sido: fase de inicio; fase de desarrollo; fase de cierre.

La fase de inicio ha contemplado la realización de las seis acciones siguientes: prospección de participantes; recibimiento de propuestas; valoración de propuestas; configuración de la muestra; decisión del instrumento a utilizar; y formación y validación del instrumento. En la fase de desarrollo se han vinculado dos acciones: trabajo de campo y transcripción de las entrevistas. Finalmente, en la fase de cierre encontramos también dos acciones: el análisis y la elaboración del informe final.

En la siguiente tabla se describe el contenido asociado a cada una de las fases, las acciones estratégicas y su temporalidad.

Tabla 4. Organización de las fases de trabajo

	Acción	Contenido	Temporalidad
Fase 1	1.1. Prospección de participantes	Difusión informativa del proyecto entre las profesionales de los servicios y recursos de salud mental –de la red social y sanitaria–. A las profesionales se les ha solicitado la colaboración en el proyecto señalando que propongan a personas afectadas por un TMG que consideren que cumplen las condiciones asociadas a un proceso de recuperación positivo establecidos en el proyecto. Para hacer operativa esta acción, se ha trasladado a las profesionales la información pertinente, así como la “ficha de propuesta de candidatos/as a participar en el proyecto” (ver anexo 1).	agosto y septiembre de 2022
	1.2. Recibimiento de propuestas	Recepción de propuestas realizadas por las profesionales a partir del recibimiento de la ficha indicada con anterioridad.	septiembre y octubre de 2022

Fase 1	1.3. Valoración de las propuestas	A partir del conjunto de propuestas recibidas y de la conversación mantenida con las profesionales, se lleva a cabo una valoración intencional de estas. Para ello, se tuvo en cuenta la puntuación final establecida en la “ficha de propuesta de candidatos/se a participar en el proyecto”, así como la adecuación al perfil esperado para formar parte del estudio.	octubre de 2022
	1.4. Configuración de la muestra	Hecha la valoración, se procedió a configurar definitivamente la muestra del proyecto mediante una selección de las personas que se consideraron más idóneas para participar. En esta fase, el equipo de investigación procedió a contactar telefónicamente con los participantes, informándoles de nuevo acerca de la naturaleza del proyecto e invitándoles a concertar una primera fecha para llevar a cabo la entrevista.	octubre de 2022
	1.5. Decisión del instrumento a utilizar	Previa valoración, se decide que el abordaje cualitativo de la investigación se realice mediante la técnica de la entrevista en profundidad basada en una lógica de conversación. De este modo, y teniendo en cuenta los objetivos de la investigación y la muestra seleccionada, se elabora un guion orientativo. ²	noviembre de 2022
	1.6. Formación y validación del instrumento	Se llevan a cabo diversas sesiones de trabajo entre los miembros del equipo para fomentar una socialización común del guion elaborado. El objetivo es validar el instrumento y familiarizarse con él entre los tres miembros del equipo de trabajo que deben ejecutar las entrevistas.	noviembre de 2022

- 2 Dicho guion incorpora nueve áreas de interés a partir de las cuales se desarrollaron las cuestiones que orientaron la conversación. Las áreas son las siguientes: 1) Datos básicos (sociodemográficos y de salud); 2) Autodescripción referente a la personalidad; 3) Proceso de recuperación (factores internos asociados); 4) Proceso de recuperación (factores externos asociados); 5) Comprensión de la patología y sus desencadenantes; 6) Relación con los servicios de atención y sus profesionales; 7) Relaciones (familia, red social, grupo de iguales, entorno); 8) Crisis e ingresos hospitalarios; 9) Motivaciones y expectativas de futuro.

Fase 2	2.1. Trabajo de campo	El equipo investigador realiza las diversas entrevistas en profundidad con los participantes y se registra el audio en todas ellas. Previamente a su realización, se informa de nuevo a los participantes de las medidas de protección de datos vinculadas al proyecto y se procede a la firma del consentimiento del informante.	desde diciembre de 2022 hasta mayo de 2023
	2.2. Transcripción de las entrevistas	Se realiza la transcripción del contenido completo de las diversas entrevistas con los participantes. Una vez realizadas, estas transcripciones se comparten y socializan entre todos los investigadores.	desde febrero hasta mayo de 2023
Fase 3	3.1. Análisis	Se desarrolla un tipo de análisis de contenido temático de la información recogida. Esta acción requiere de la codificación de la información y la creación de categorías para su correcto desarrollo.	desde abril hasta junio de 2023
	3.2. Elaboración del informe final	Para visibilizar y rendir cuentas de la investigación realizada, se redacta un informe final mediante el cual resumir, de una manera sistemática y organizada, la tarea desarrollada, así como los resultados obtenidos que resulten más significativos.	desde junio hasta agosto de 2023

Fuente: Elaboración propia.

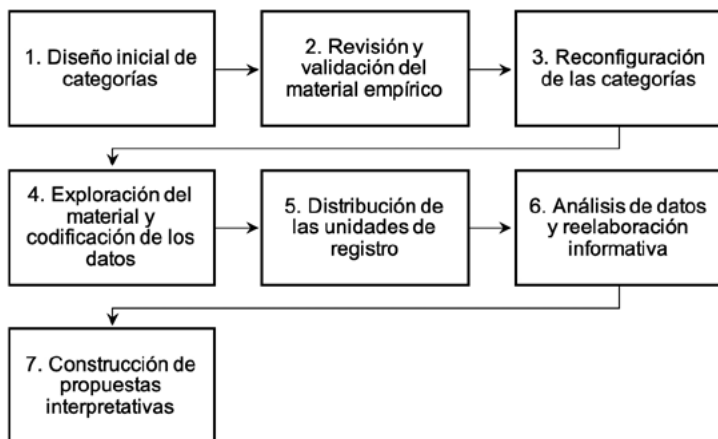
Como indicamos, hemos adoptado un enfoque temático en nuestro análisis del material empírico. Ello significa trabajar con los contenidos expresados de los participantes de una manera directa, tratando de interpretar su significado. Para ello ha resultado necesario fragmentar inicialmente el corpus textual en fracciones más pequeñas que pudieran ser clasificadas en categorías que, a su vez, permitieran posteriormente ser interpretadas y comprendidas de una manera más global (Berenguera et al., 2014).

Para el desarrollo de dicho análisis, se ha seguido una secuencia consistente en siete pasos (consultar figura 1). El primero acontece una vez construidos los documentos primarios y realizadas las primeras lecturas del material, mediante la cual obtener una aproximación inicial del texto. Consta de un diseño provisional –preanalítico– de categorías temáticas cuya finalidad es establecer un

primer eje estructurador que permita iniciar la selección y organización de los datos –citas literales– más significativos. De esta manera se puede clasificar de forma sistemática la información y se transforman los datos brutos en datos útiles. A continuación, se procede a una segunda revisión intencionada de dichos datos. El objetivo es validar el material siguiendo criterios de idoneidad, correspondencia, calidad (riqueza) y cantidad (saturación) de la información. Esta acción permite realizar un tercer paso consistente en una segunda revisión de las categorías diseñadas de manera provisional. Una vez confirmadas, se establece un código propio para cada una de ellas. De esta manera, se inicia un cuarto paso, mediante el cual se ejecuta la exploración sistemática y en profundidad del contenido de la documentación y se codifica el material. A continuación, se establecen las correspondientes interrelaciones entre las categorías y las unidades de registro³ (en adelante, UR), procediendo a su distribución. Una vez segmentado el texto, analizamos de nuevo minuciosamente los datos, favoreciendo así la aparición de las primeras caracterizaciones, propiedades y tendencias. Ello nos conduce al séptimo y último paso, mediante el cual, a partir de las principales líneas discursivas identificadas, construir un marco explicativo estructurado que nos permita generar las propuestas interpretativas.

3 Se trata de citas literales extraídas de las entrevistas (en forma de oraciones o fragmentos) potencialmente significativas de acuerdo con los objetivos del estudio. Dichas unidades se separan del texto original a partir del proceso de codificación.

Figura 1. Proceso de análisis empírico



Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en la siguiente tabla, se crearon veintisiete categorías que incorporaron un total de 343 UR. Se muestran a continuación, juntamente con sus códigos, y ordenadas en función del nombre de UR asociadas. Cabe señalar que se estableció la categoría “Otras”, mediante la cual posibilitar la incorporación de aquellas UR que, si bien tenían un potencial interés para el análisis, no contaban con suficiente entidad para conformar una categoría. En este sentido, se estableció un mínimo de cinco UR interrelacionadas para configurar una categoría temática. Cada una de las categorías se relacionó inicialmente con uno de los tres ejes temáticos –identidad, rol, responsabilidad y control– utilizados para la construcción de las propuestas interpretativas. Dichos ejes se establecen a través de un proceso de relación de aquellas categorías temáticas que pueden ser agrupadas entre sí, dado que responden a un mismo concepto temático.

Tabla 5. Categorías temáticas establecidas y unidades de registro asociadas

Categorías temáticas	N.º de UR	Eje temático
CT1. Biografía	24	Identidad
CT2. Autoconocimiento	23	Responsabilidad y control
CT3. Comprensión de la enfermedad	21	Identidad
CT4. Estigma y autoestigma	16	Identidad
CT5. Profesionales	16	Responsabilidad y control
CT6. Reflexión	15	Identidad
CT7. Familia	15	Rol
CT8. Ayuda mutua	15	Rol
CT9. Aprendizajes	15	Responsabilidad y control
CT10. Personalidad	14	Rol
CT11. Ocio	13	Rol
CT12. Ingresos hospitalarios	13	Responsabilidad y control
CT13. Sufrimiento	13	Rol
CT14. Medicación	13	Responsabilidad y control
CT15. Motivaciones	13	Rol

CT16. Servicios de atención en salud mental	12	Responsabilidad y control
CT17. Lenguaje metafórico	11	Identidad
CT18. Crisis	9	Responsabilidad y control
CT19. Ayuda mutua	9	Rol
CT20. Amistades	9	Rol
CT21. Activismo	8	Rol
CT22. Economía	7	Rol
CT23 Trabajo	7	Rol
CT24. Futuro	7	Identidad
CT25. Pareja	7	Rol
CT26. Educación	6	Rol
CT27. Otras	12	--

Fuente: Elaboración propia.

2.4. Descripción de la muestra seleccionada

La muestra se compuso de diez personas, con una edad comprendida entre los treinta y tres y los sesenta y cinco años, afectadas por un TMG que presentan un proceso de recuperación exitoso y consolidado en el tiempo. Para desarrollar la búsqueda de este perfil, se tuvo que operativizar la noción de “proceso exitoso de recuperación”.

En este sentido, y en consonancia con la perspectiva teórica de este enfoque, se adoptaron ocho indicadores (consultar cuadro 4) que nos permitieron identificar a personas que se encontraran en un estadio superior de este proceso. De la misma manera, para asegurar dicha consolidación temporal, establecimos un criterio temporal mínimo de ocho años desde el inicio del diagnóstico hasta el momento actual.

Cuadro 4. Indicadores asociados a un proceso de recuperación positivo

1. La persona se siente cómoda con su vida y proyecta un sentido positivo de su identidad.
2. La persona participa en actividades (productivas o no productivas) que le resultan significativas.
3. La persona tiene un nivel de conciencia y de conocimiento alto del trastorno que tiene diagnosticado.
4. La persona tiene capacidad para la autorreflexión en relación con el trastorno y su situación personal.
5. La persona tiene capacidad para gestionar responsablemente la sintomatología y las crisis que se le presentan.
6. La persona tiene capacidad para utilizar sus competencias y habilidades personales en la vida cotidiana.
7. La persona tiene una red de relaciones y apoyo a la cual puede acceder cuando lo necesita.
8. La persona presenta motivación en relación con su proyecto de vida futuro.

Fuente: Elaboración propia a partir de Red de Salud Mental de Bizkaia y Universidad de Deusto (2017).

La respuesta a los indicadores se estructuró mediante la ficha de propuesta indicada, que incorporó una escala Likert de cuatro niveles, a la cual dar contestación una vez leída cada afirmación. La gradación correspondía a la siguiente equivalencia:

- muy baja = un punto
- baja = dos puntos
- alta = tres puntos
- muy alta = cuatro puntos

Se estableció una puntuación mínima de veinticuatro puntos para poder proponer la participación de una persona en el estudio (etapa de preselección). El total de personas candidatas que superó esta puntuación fue de veinte. Con todas ellas se han realizado las correspondientes entrevistas en profundidad,⁴ si bien la explotación de los datos se ha realizado sobre diez participantes. Para dicha selección, se escogieron aquellos diez participantes que generaron los discursos más amplios y consistentes en correspondencia con el objeto de la investigación. Como se puede observar en la siguiente tabla, la relación de las diez personas finalmente incorporadas como casos de éxito analizados (marcadas con asterisco) no sigue estrictamente el criterio de mayor puntuación.

Tabla 6. Puntuación obtenida según candidato/a

Candidato/a 1*	32	Candidato/a 11*	28
Candidato/a 2*	32	Candidato/a 12*	28
Candidato/a 3*	31	Candidato/a 13	28
Candidato/a 4*	30	Candidato/a 14*	27
Candidato/a 5*	30	Candidato/a 15	26

⁴ Cinco entrevistas se realizaron en las instalaciones de los diferentes servicios de salud mental utilizados por los participantes. Tres se llevaron a cabo en instalaciones de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Tres en el propio domicilio de la persona. Y nueve en la Universitat de Lleida. El trabajo de campo se desarrolló entre diciembre de 2022 y mayo de 2023. Las entrevistas se situaron en un intervalo de duración de entre sesenta y noventa minutos.

Candidato/a 6*	29	Candidato/a 16	26
Candidato/a 7*	29	Candidato/a 17	26
Candidato/a 8	29	Candidato/a 18	25
Candidato/a 9	29	Candidato/a 19	24
Candidato/a 10	29	Candidato/a 20	24

Fuente: Elaboración propia.

Cabe indicar que, de los veinte candidatos preseleccionados, dieciséis fueron propuestos por sus profesionales de referencia pertenecientes a la red de salud mental. Dichos profesionales fueron los que seleccionaron inicialmente a la persona, de entre el total de personas que atienden en sus servicios, o bien de personas ya dadas de alta de estos, pero a las que volvieron a contactar dado que entendían que podían ser adecuadas para el proyecto. En ambos casos, y una vez explicado el proyecto, les facilitaron la ficha de propuesta para que la pudieran cumplimentar.

Si bien este fue el procedimiento más habitual, cabe señalar que, en menor medida, algunas personas llegaron a participar en el estudio sin la intermediación de ningún profesional de la red. Esto es así dado que contactamos con entidades del tercer sector conformadas por personas afectadas –en primera persona– para informarles de nuestro proyecto y solicitarles su participación. En este caso, dichas entidades difundieron directamente la información entre aquellos miembros que pudieran cumplir los requisitos solicitados. Las personas que accedieron a participar cumplimentaron la ficha facilitada directamente por un miembro del equipo investigador, siendo finalmente cuatro las que obtuvieron una puntuación superior a veinticuatro puntos. Las cuatro formaron parte de la muestra.

En la tabla 7, podemos observar algunas de las características básicas que conforman el perfil de los diez participantes.

Tabla 7. Características de la muestra

	Edad⁵	Nivel educativo⁶	Situación laboral	Ingresos mensuales netos aprox.	Diagnóstico
p1	51-55	nivel 2	no activa; pensionista por incapacidad	1.600 €	trastorno bipolar
p2	36-40	nivel 2	no activa; pensionista por incapacidad	1.200 €	esquizofrenia
p3	61-65	nivel 3	no activa; pensionista por jubilación	1.800 €	esquizofrenia
p4	31-35	nivel 2	activa	900 €	esquizofrenia
p5	56-60	nivel 2	no activa; pensionista por incapacidad	2.000 €	trastorno límite de la personalidad
p6	51-55	nivel 3	no activa; pensionista por incapacidad	--- ⁷	trastorno bipolar
p7	61-65	nivel 2	no activa; pensionista por incapacidad	700 €	esquizofrenia
p8	51-55	nivel 1	no activa; pensionista por incapacidad	600 €	trastorno límite de la personalidad

⁵ Se indican tramos de edad.

⁶ Se indica el nivel finalizado de acuerdo con los siguientes tres niveles:

- Nivel 1: preescolar, primaria y 1.ª etapa de educación secundaria.

- Nivel 2: 2.ª etapa de educación secundaria y postsecundaria no superior.

- Nivel 3: 1.º y 2.º ciclo de educación superior y doctorado.

⁷ No se indica.

p9	31-35	nivel 3	activa ⁸	1.500 €	trastorno límite de la personalidad
p10	51-55	nivel 1	no activa; pensionista por incapacidad	1.000 €	trastorno límite de la personalidad

Fuente: Elaboración propia.

Además de los datos que se plasman en la tabla, señalamos que la muestra está integrada por seis hombres y cuatro mujeres. Nueve de estas personas son nacidas en España y una de ellas en el extranjero. Siete residen en la provincia de Lleida y tres en la provincia de Tarragona. Cuatro viven solas, cinco lo hacen con sus parejas, y una vive con otros usuarios en un servicio de viviendas para personas con problemas de salud mental. Todas ellas tienen un certificado de discapacidad reconocido con un porcentaje mayor al 33%. En ocho casos, el valor se sitúa entre el 33% y el 64% y, en dos casos, es mayor del 64%. Un único participante presenta una valoración de dependencia con grado uno. Todos ellos han requerido ingresos hospitalarios para tratar su problema de salud mental durante las fases agudas. Tres personas lo han necesitado en una ocasión. Dos, en dos ocasiones. Dos más, en tres ocasiones. Y tres lo han requerido en cuatro o más ocasiones. Tres participantes han indicado antecedentes familiares con diagnósticos de salud mental.

2.5. Consideraciones éticas

Para el desarrollo de este trabajo seguimos con lo establecido en el Código Deontológico del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya (2000), en el que se apunta que toda investigación debe realizarse teniendo en cuenta las personas o las comunidades estudiadas, procurando que los objetivos y los resultados repercutan favorablemente sobre los implicados. De igual forma, seguimos la Declaración global de los principios éticos del Trabajo Social establecida por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2018), y

⁸ Compagina la actividad laboral con una pensión por incapacidad.

que alude a la actuación investigadora en el marco de la disciplina. En términos concretos, para el desarrollo de la investigación y la vinculación de personas usuarias, se recibió la autorización del Comité de Ética e Investigación con medicamentos (CEIm) del Sistema de Salud de Cataluña, y también la del Comité de Ética del Instituto de Trabajo Social y de Servicios Sociales (Intress).

Tercera parte

Análisis de la información

3. La resignificación de la identidad

3.1. La importancia de una historia con sentido

“Todo esto debe tener alguna razón, ¿no?”.
Carmen⁹

De entre las diversas ciencias sociales, quizás haya sido la Antropología la que ha señalado con mayor lucidez la singular tradición que acompaña la cultura occidental en interpretar, ya desde sus orígenes, la salud y la enfermedad como hechos puramente naturales, es decir, biológicos. Analizado el fenómeno a partir de una perspectiva cultural comparada, observamos como en otros contextos la “carga” biográfica y cultural asociada a la enfermedad ha sido mucho mayor (Gracia, 2010).

Esta excepción occidental se acentúa aún más si nos referimos a la concepción somática-fisiológica de la salud –en contraste con la concepción psíquica–, ligada la primera a un paradigma científico de carácter positivista. Dicha concepción, a pesar de las críticas recibidas y sus limitaciones, ha producido innegables logros y avances gracias al perfeccionamiento de los instrumentos de análisis, diagnóstico y tratamiento, con los cuales abordar los procesos que alteran el bienestar del organismo físico de los individuos. Por su parte, la concepción psíquica, debido a la naturaleza subjetiva de su objeto de intervención, ha presentado durante su recorrido evolutivo mayores limitaciones que la anterior a la hora de avanzar en una ciencia positivista que le permita establecer juicios certeros acerca de las manifestaciones que presentan sus pacientes (Moragas, 1976).

Sin ánimo de entrar en un debate acerca de esta cuestión, sí que queremos clarificar que nuestra aproximación al objeto de estudio parte de la idea que los problemas de salud mental son, además de un hecho objetivable que puede ser tratado médicamente, fenóme-

⁹ Se han utilizado pseudónimos para referirnos a los informantes.

nos cargados de valor y sentido (Gracia, 2010). Un sentido social, pero también individual y biográfico, que necesita ser interpretado por quien lo padece para poder resarcirse y proyectarse hacia un futuro. De esta manera, hacemos nuestro el planteamiento de Byron Good (2003) cuando señala que la enfermedad sucede más allá del cuerpo, y lo hace también en la vida de las personas y en su experiencia vital. Más, si cabe, cuando nos referimos a las enfermedades de carácter mental, dado que reducir la complejidad del sufrimiento psíquico a una categoría diagnóstica de salud sería una falacia. En este sentido, Correa-Urquiza (2018) señala al lingüista y filósofo francés Jean-Claude Milner para referirse a la “trampa del todo”:

(...) es decir, del riesgo de asumir la nosología como elemento totalizador sobre la aflicción de manera tal que la categoría se transforma en una suerte de pantalla en la que proyectamos nuestros propios conocimientos y expectativas profesionales, mientras, al mismo tiempo, nos impide reconocer la experiencia subjetiva, los saberes y herramientas propias, la singularidad. La pantalla impide lo verdaderamente intersubjetivo, nos aboca a operar en relación con un saber total, preconcebido y encajado sobre la realidad del otro (p. 576).

Del contacto con nuestros participantes comprendemos ahora con mayor claridad la importancia que tiene acomodar biográficamente la experiencia vital con la enfermedad para posibilitar el desarrollo de un proceso de recuperación positivo. Una acomodación que pasa, en buena medida, por la capacidad individual de responder, de una manera clara y sincera, cuestiones fundamentales, como: ¿qué me pasa?; ¿por qué me pasa?; ¿qué significa este acontecimiento para mí?; ¿cómo lo manejo y continuo con mi vida?

Si bien, como decíamos, este itinerario llega a su posición más avanzada mediante la etapa de reconfiguración de la identidad, no podemos obviar las fases previas que la suceden. Trataremos a continuación de mostrarlas y ejemplificarlas a través de sus relatos. Lejos de interpretarlas en términos lineales como etapas que se van superando y quedan atrás, comprendemos que este es un

itinerario circular en el cual las personas pueden hacer idas y venidas en su proceso de reinterpretación.

Señalamos una primera etapa –quizás la de mayor sufrimiento– ampliamente descrita por nuestros participantes, que mantiene relación con lo que denominaremos la ruptura biográfica. Dicha ruptura se produce con la llegada de la primera crisis severa que, en muchas ocasiones, viene seguida de un ingreso hospitalario. De los componentes que integran esta etapa destacaremos la incompreensión, el miedo y la angustia.

Juan, por ejemplo, nos indica la dificultad de asumir su primer ingreso, precisamente, por la falta de comprensión acerca de lo que le sucedía, y nos expresa de nuevo una pregunta que estuvo muy presente durante ese inicio, y es por qué le estaba pasando precisamente a él todo eso. Nos añade, además, el temor a entrar en contacto con otras personas conocidas y próximas una vez finalizado el primer ingreso, ante la posibilidad que durante la interacción surgieran interpelaciones a su situación de enfermo. Lo que nos explica Juan en relación con este aspecto es señalado también por otros participantes. Las personas sienten que ese primer episodio desencadena un tipo de fractura social que guarda relación con un cambio respecto de la imagen que los otros tienen de la persona.

El ingreso en agudos fue muy duro (...). Muy duro porque no entendía nada. No sabía dónde estaba. Me dijeron que estaba en agudos, pero yo no entendía cómo funcionaba (...). En el ingreso me diagnosticaron la esquizofrenia (...). ¿Y por qué a mí? (Juan)

Me daba pánico salir a la calle, me daba pánico encontrar a gente de mi entorno y que me preguntaran. Un pánico (...) absoluto. (Juan)

Como decíamos, el hecho de no encontrar una razón que explique este primer acontecimiento resulta una tendencia habitual entre nuestros informantes. Es también el caso de Carmen y Teresa. A esta última se le sumaba un sentimiento de culpabilidad ante la incapacidad de asumir las responsabilidades que de ella se esperaban como madre de una niña.

No entiendes lo que te pasa (...) y nadie daba un duro por mí. Me costaba mucho salir de casa. Me costaba mucho entender (...) y me sentía una carga (...) y me intenté suicidar. Entonces fue la primera vez que ingresé en un centro psiquiátrico. (Teresa)

Era todo muy... muy intenso y no entendía nada, vamos. Solo era pasarlo fatal y no entender nada. (Carmen)

Con la perspectiva que da el tiempo, los participantes añaden otros componentes que se vinculan a esta primera etapa, como es el asombro y la extrañeza ante los comportamientos que tuvieron durante el transcurso de las crisis iniciales. Estos son aspectos que, si bien resultan característicos del trastorno del que posteriormente fueron diagnosticados, no dejan de ser impactantes para la persona y su entorno en esos momentos iniciales.

Fue una pérdida de contacto con la realidad porque yo hacía cosas que no eran reales. (María)

Yo no era yo. (Rubén)

En ambos casos –para María y Rubén– se trata de componentes psicóticos que comportan una alteración grave del sentido de la realidad y en los cuales se pueden experimentar ideas delirantes y/o alucinaciones. Ambos expresan una sensación próxima a la pérdida de autonomía y de gobierno sobre su voluntad y, por tanto, también, sobre su personalidad. De nuevo, se trata de las afectaciones propias de patologías psicóticas en las que, durante las fases agudas, quedan comprometidos elementos esenciales de los individuos, como son la singularidad, la individualidad y el dominio y control de uno mismo.

Apuntada la primera etapa de ruptura biográfica a causa de la aparición de la primera crisis, añadiremos una siguiente que se asienta sobre aspectos relacionados con la negación y la rabia. Esta segunda etapa la situamos una vez ha quedado establecido un diagnóstico de salud mental y se consolida el impacto del trastorno sobre las diversas áreas vitales de las personas. Si bien los elementos

característicos de la fase anterior permanecen presentes, lo hacen con menor intensidad, quedando en un segundo plano, relegados por los dos indicados.

A modo de ejemplo, en la siguiente cita literal, Rubén nos explica como la larga duración de esta etapa en su vida ha estado dominada por el hecho de querer obviar, de una manera explícita, su diagnóstico de salud mental. Si bien durante todo ese tiempo mantuvo su funcionalidad laboral, expresa ahora que esa manera de hacer le ha comportado demasiado sufrimiento y presión. Su caso resulta quizá más paradójico, ya que su trabajo se desarrollaba en un centro de salud.

Yo no pregunté qué tenía. No quería saberlo. Yo trabajaba (...) y no quería saberlo... no quería. Era como luchar contra mí mismo (...) tomaba medicación y no quería saber. Y no tuve ningún día de baja por la salud mental, aguanté veintisiete años *sin bajas*. (...). *Y ya te digo (...) no lo asumía*. (Rubén)

Por su parte, el testimonio de David da cuenta del sentimiento de impotencia que le dominó, una vez quedó instalada la etiqueta diagnóstica. Además, en casos como el suyo, en los cuales el apoyo social del entorno es menor o inexistente, las consecuencias que acarrea el trastorno resultan muy impactantes. Para David, el proceso de recuperación partió de una situación de extrema dificultad, dada la precariedad que le acarreó la consolidación del trastorno y la severidad con que este se presentó en su vida. En esos momentos, nos recuerda, lo que predominaba en él era un sentimiento de enojo ante las repetidas adversidades a las que debía hacer frente.

Perdí el trabajo... el piso donde estaba... me quedé en la calle (...). Es que lo pasé tan mal que... ¡hostia! Yo estuve muy cabreado... muy cabreado con la vida (...). Claro, porque me hizo perder facultades y autonomía [se refiere al trastorno] (...). Te sientes impotente con la vida. (David)

A pesar de lo dicho, encontramos algún caso entre nuestros participantes que expresan elementos positivos en alguna de estas dos

fases, ya sea a partir de los ingresos hospitalarios, o bien a partir del establecimiento del diagnóstico. Teresa, por ejemplo, nos explica que para ella el ingreso significó una cierta tranquilidad, no tanto por las intervenciones y el tratamiento recibido, sino por el hecho de observar que lo que le estaba sucediendo a ella era algo más común de lo que pensaba.

Fue la primera vez que ingresé en un centro psiquiátrico. Y ahí, en esa primera vez, me di cuenta de que la gente está muy mal, muy mal... y yo dije ostras, no estoy sola. Porque yo en aquel momento pensaba que el problema era siempre mío, ¿sabes? (Teresa)

Por su parte, Manuel afirma que cuando le anunciaron el diagnóstico no supo de qué le estaban hablando, ni tampoco tenía una idea conformada acerca de cómo podría hacerle frente. De todos modos, sí que le supuso un cierto sosiego el saber que todo aquello que no acababa muy bien de entender acerca de su comportamiento respondía a un cuadro clínico específico asociado a una patología de salud mental concreta.

Yo mismo... no sabía lo que era una enfermedad mental, ni cómo afrontarla. Ni qué hacer para estar mejor. Era complicado (...). Pero, hombre, al menos... el diagnóstico... en parte te da tranquilidad porque sabes que tienes aquello, dijéramos. Si no tienes ningún diagnóstico, no sabes lo que te ocurre. No te encuentras bien, pero no sabes lo que ocurre, ni por qué te pasa. (Manuel)

Situadas ambas etapas, llegamos ahora a la tercera, que, como anunciábamos, pasa por la posibilidad de reconfigurar una identidad que quedó quebrantada. Todos nuestros participantes han llegado a ella a través de un proceso –en algunos casos más corto y en otros más largo– de comprensión y entendimiento de su enfermedad, hecho que les permite estructurar un sentido más valioso a su vida.

Si nos detenemos un poco en este estadio, vemos como dicha comprensión se desarrolla conforme la persona configura una explicación acerca de lo sucedido. Este resulta un ejercicio de reflexión,

aprendizaje y sinceridad con uno mismo, ya que sobre ese relato –verídico en términos de interpretación de la persona– se asientan los siguientes pasos del proceso. En esos relatos, observamos como también caben dosis de desconocimiento e incertidumbre acerca de lo que cabe aún explicarse. Sin embargo, señalamos que lo importante es enderezar una buena orientación a través de la cual se pueda seguir comprendiendo. Así nos lo manifiesta Manuel, que además nos aporta un contexto explicativo acerca de su primera crisis, en la cual el trabajo, la pérdida de un ser querido y la ruptura sentimental conformaron una situación de tal vulnerabilidad que acabó expresándose en términos de ruptura psíquica.

Iba trabajando... pero muy estresado... Y se me juntaron la muerte de mi padre, la pérdida de mi compañera... nos separamos... y de golpe peté. Es como lo recuerdo, pero si soy sincero, hay una faceta de todo esto que la tengo como en una nebulosa... como olvidada... y mira que he trabajado en ello. Porque con la experiencia, con los años, te vas conociendo o crees que te conoces. Pero también hay momentos que dices... "hay algo que no estoy viendo todavía y que todavía me queda por ver". (Manuel)

Por su parte, el caso de José es algo singular con respecto a los otros participantes. Es quizás el caso que nos presenta una historia "menos cerrada". Nos explica como su primer episodio severo se presentó durante el servicio militar y continuó posteriormente con conductas autolíticas motivadas por el hecho de sentirse sobrepasado por algo que, ni con el paso del tiempo, ha llegado a identificar plenamente.

Llegó la mili (...) y en la mili peté. Peté. Di un pedo, pero... buf, descomunal (...). Yo me autolesionaba... más bien para llamar la atención, porque veía que me sobrepasaba algo (...). Entonces, me autolesionaba para que me ingresaran. Para que me ingresaran. Y ahora esto... pues ya no lo hago. Ya no me autolesiono. Llevo una vida más estable, no tengo altibajos. (José)

En cambio, Jesús ha interpretado su ruptura como consecuencia de la dificultad que tenía de controlar el estrés y la frustración du-

rante su juventud. Nos explica como su primer episodio psicótico se produjo durante la etapa universitaria y lo conecta con la presión por superar unos estudios que no conseguía encauzar. Como consecuencia, dominaba en él una sensación de fracaso y tristeza ante la imposibilidad de cumplir con las expectativas familiares acerca de su futuro.

La tensión y la angustia ante situaciones que desbordan la capacidad personal para hacerles frente son, en la actualidad, la principal fuente de explicación entre nuestros informantes. A continuación, presentamos una cita literal de Pilar en la que nos habla sobre ello:

Es que el brote vino por tres motivos principales. El primero por el estrés del trabajo. El otro... es que tenía tres hijos en edad adolescente... y el otro el factor genético, tanto por parte de padre como por parte de madre. Por los hijos... yo tenía miedo de que cayesen en el mundo de las drogas... del miedo hice una obsesión y de la obsesión (...) hice un brote psicótico. (Pilar)

Pilar nos aporta un elemento significativo más, y que es común en otras dos personas de la muestra, como son Rubén y María. Nos referimos a los antecedentes familiares. En el caso de Rubén se trata de su madre y una hermana, y en el de María, de su madre. Este elemento representa también un factor explicativo importante para los tres, dado que de él se infiere la herencia genética como un elemento de riesgo que, a su vez, ha expuesto a la persona a tener más posibilidades de sufrir una enfermedad mental. Este resulta un componente muy particular, asociado a un infortunio sobre el cual la persona tiene muy poco margen de actuación.

Por su lado, Teresa identifica el período de la infancia y los traumas vividos en él como el origen de sus dificultades en la vida. Marcada por esos traumas, señala sus comprometidos años de juventud dominados por el consumo de sustancias y que, en perspectiva, se juzgan ahora como desencadenantes de sus problemas mentales.

Vivía en un mundo de autodestrucción... Y no me daba cuenta... Yo no era consciente, ahora me doy cuenta. Yo, de alguna forma, intentaba

destruirme. Me drogaba, mezclaba cosas y... claro, eso no me ayuda en nada. Al final, las drogas son un gran detonante que agrava la situación... (Teresa)

Hemos visto una representación de las diversas fuentes de tensión vitales que han experimentado nuestros informantes, y como estas son relatadas por cada uno de ellos para afrontar una necesidad primordial: entenderse a uno mismo. Como nos dice Carmen, esta es una tarea que se dilata en el tiempo y en la que se puede precisar de ayuda.

He aprendido a reflexionar sobre mí (...), a identificar qué me está pasando. Bueno... un trabajo largo. Son tantos años sufriendo crisis... claro, después esto lo desgranas con tu profesional. Y después ya puedes hacerlo, casi como quien dice, solo. (Carmen)

3.2. El lenguaje metafórico como impulsor de (nuevos) significados

“Todos en esta vida somos equilibristas. Caminamos sobre una barra. Si debajo tenemos una red, nos sentiremos más seguros”.
Pilar

El mundo social se conforma de construcciones culturales –siempre dinámicas y cambiantes– fundamentadas en palabras, imágenes y símbolos. Dominar las palabras y el lenguaje permite incidir en las posibilidades que las personas tenemos de otorgar sentido a las construcciones –individuales y sociales– que nos conciernen.

Destacamos en nuestros participantes una habilidad discursiva que les permite una mayor capacidad de control sobre sus narrativas identitarias. En ocasiones, incluso, son capaces de proyectar marcos mentales de interpretación singulares, alejados de los discursos clásicos y estigmatizantes acerca de la enfermedad mental.

Desde la lingüística cognitiva se ha teorizado abundantemente sobre la conformación de marcos mentales a través del lenguaje. George Lakoff (2007) describe el marco como la estructura mental que organiza el modo que tenemos las personas de interpretar el mundo. Para Lakoff, la centralidad de los marcos mentales se explica porque a partir de ellos conformamos las metas y propuestas que nos hacemos, y, a su vez, conformamos el esquema a partir del cual ejercemos evaluaciones sobre las acciones que llevamos a cabo.

Lejos de interesarnos por el lenguaje metafórico como un registro literario, lo hacemos como recurso fundamental sobre el que se construye el sistema conceptual, a través del cual pensamos, razonamos y actuamos (Lakoff y Johnson, 1986). Este es un aspecto de vital importancia en la tarea que hemos señalado con anterioridad: la posibilidad de reconfigurar la identidad. Como indican ambos autores, el hecho de que nuestro sistema conceptual esté estructurado metafóricamente significa que llegamos a la comprensión de una realidad determinada mediante la comprensión de otra, que da coherencia a la primera.

Por ejemplo, es común referirnos a un concepto abstracto como el tiempo en términos de recurso (*perder el tiempo; no tener tiempo; ahorrar tiempo; calcular el tiempo; invertir tiempo*, etc.). Desde una perspectiva cultural, hemos construido –desde la época moderna– una noción del tiempo cercana a la cuantificación y al consumo, es decir, al dinero. Sin entrar a fondo en la cuestión, lo que nos interesa señalar es, como indican Lakoff y Johnson (1986), que “(...) es importante darse cuenta de que la manera en que hemos sido enseñados a percibir nuestro mundo no es la única y que es posible ver más allá de las ‘verdades’ de nuestra cultura” (p. 283).

Volviendo al corpus de análisis, encontramos que Pilar es la participante más prolífica en el uso del lenguaje metafórico en su discurso. Nos habla de los problemas mentales en términos de una instalación eléctrica a la cual enchufamos demasiados aparatos y acaba por sobrecargarse y cortocircuitar. Una instalación cuya

infraestructura viene determinada –genéticamente– y que es preciso conocer.

Cuando tienes un problema de salud mental, es como la instalación eléctrica de una casa a la que en un momento determinado enchufamos un montón de electrodomésticos. Si esta instalación la sobrecargamos, puede generar un cortocircuito y petar. Según nuestra herencia genética, la instalación eléctrica de nuestro cerebro será más o menos robusta. Según nuestra forma de ser y nuestra personalidad, estará distribuida de una manera u otra. Pero si la sobrecargamos y no sabemos desconectar del estrés y de los duelos de la vida, podemos petar. (Pilar)

En consonancia con dicha metáfora, Pilar señala un aspecto de suma importancia: la condición temporal que tienen esos “cortocircuitos”. Con ello expresa una reivindicación individual, pero también social del colectivo, a no sentirse socialmente señalado bajo una condición de enfermo permanente, en la que la patología domina el conjunto de sus vidas. La siguiente expresión es especialmente reveladora:

Pero quedarnos sin luz momentáneamente no significa quedarnos a oscuras para siempre. (Pilar)

Este elemento de temporalidad asociado a las crisis lo señala también Juan mediante la siguiente expresión metafórica con la cual describe sus bajas laborales. De nuevo resulta muy interesante como dicha metáfora confronta la idea subyacente acerca de la cronicidad permanente que invalida la funcionalidad de las personas afectadas por un TMG.

Es como un partido de fútbol. Cuando estás mal, pasas a la reserva, vas al banquillo. Ves como los demás juegan y cuando estás bien te incorporas. Y es lo que iba haciendo, jugando de esta forma. (Juan)

Por su parte, Manuel utiliza la metáfora del “marinero” en gran parte de su discurso. En diversas ocasiones expresa que “hay que aprender a ser marinero”. Lo hace para describir el proceso de au-

toconocimiento que lleva realizando durante su proceso de recuperación. Indica que hay momentos de “muy mala mar”, en los que resulta fácil marearse. Aprender a ser marinero significa, desde esta lógica, tener la capacidad de dominar y saber estar en un “barco que se mueve” porque a menudo “la marea es mala”.

En línea con la metáfora anterior se encuentra la siguiente que aparece durante el diálogo con Pilar, y que encabeza este subapartado: la del equilibrista. Pilar plantea que todos en este mundo caminamos sobre una fina barra de acero, de la cual resulta bastante probable caerse. Pero es muy diferente caminar sobre esa barra teniendo, o no, una red de seguridad debajo. Si caemos con una red, apunta Pilar, “no nos hacemos tanto daño”. Ella misma señala que todos deberíamos tratar de construir esa red por nuestra propia seguridad. Y describe los componentes que la deberían integrar: “familia y amigos, pero no gente tóxica”.

En otro orden de registro, el lenguaje metafórico aparece en ocasiones en los discursos de los participantes como forma de exponer las etapas de dolor asociadas al trastorno y la soledad.

Yo he estado en el pozo. Sé lo que es estar abajo en el pozo. Claro, he estado debajo de todo y no he tenido ningún familiar ni nada. (...) Yo he caído, pero he sabido levantarme. (David)

La expresión de David coincide con una de las tipologías básicas en las que se clasifican las metáforas, como son las metáforas de orientación (Lakoff y Johnson, 1986). La particularidad de esta tipología es su naturaleza espacial, mediante la cual organiza los estados de ánimo, situando aquellos vinculados con la felicidad en una orientación superior (*sentirse alto de moral; levantar el ánimo*) de los asociados a la tristeza, que se sitúan en una orientación inferior (*caer en una depresión; la moral por los suelos*). En este caso, David habla reiteradamente de su capacidad para levantarse siempre que ha caído.

Otra de las metáforas que aparece de manera repetitiva es la que interpreta algunos momentos de la vida de las personas en términos de lucha. Aparecen así expresiones asociadas al “enemigo” (la enfermedad), las “heridas” (que deja la enfermedad) y las “batallas” (contra esta). Con estas expresiones, algunos de los participantes pretenden describir el esfuerzo y desgaste que supone el proceso de recuperación. Siguiendo con David, cuando le preguntamos cómo se define a sí mismo, sin dudar lo nos indica que como un “superviviente”.

De la misma manera, recogemos diversas expresiones metafóricas asociadas con el hecho de “querer avanzar”, de la voluntad de “tirar hacia delante” y “dar pasos”, y de evitar “quedarse estancado” o “retroceder”. Si bien son expresiones ampliamente generalizadas en muchos ámbitos de la vida cotidiana –fuera del tema que nos atañe–, en este caso los participantes las utilizan para explicar el proceso de recuperación en términos de movimiento.

Aunque esta ha sido la metáfora conceptual mayoritaria para hablar de la recuperación, han aparecido otras expresiones que, a pesar de ser minoritarias, queremos destacar. Carmen ha hecho referencia constante a la voluntad de “ir puliéndose” y de “acabar de pulirse” para describir el esfuerzo que realiza en el proceso de mejora en el que siente estar desde hace unos años. Por su parte, Teresa ha manifestado en diversas ocasiones mediante las expresiones de querer *tener la sartén por el mango* y *tomar las riendas*, su empeño en aumentar la capacidad de control sobre su propia vida.

Finalmente, Jesús hace referencia al estigma y el autoestigma en términos metafóricos, en referirse a ambos como una “gran pared” infranqueable, contra la que te das golpes y parece no haber manera de derrotarla. Sin embargo, la constancia hace que un día puedas encontrar una “grieta” por la cual pasa una “rendija de luz”. Esa es la rendija desde la cual, explica Jesús, puedes forzar una abertura que te permita, finalmente, romper esa “pared”. A conti-

nuación, profundizaremos un poco más al respecto del estigma y el autoestigma.

3.3. Deconstruir el estigma y el autoestigma

“Estoy orgulloso de ser loco”.

Manuel

Las personas con un problema grave de salud mental pueden verse afectadas por un doble impacto. Por un lado, las consecuencias directamente derivadas del trastorno y que afectan su salud mental. Por otro lado, el dolor personal vinculado al estigma. Pese a que la primera tiene un carácter grave, bien es cierto que puede presentarse de manera intermitente y es susceptible de mejoría con intervenciones eficientes. Por su parte, la segunda se manifiesta sobre la propia identidad y acarrea peores consecuencias, incluso, que las asociadas a la primera (Thornicroft et al., 2016).

Erving Goffman, uno de los sociólogos más influyentes del siglo xx y precursor en el desarrollo del concepto, señalaba acerca del estigma que se trata de un proceso de caracterización formado por un conjunto de actitudes negativas que afecta un grupo de personas concreto por el hecho de tener algún rasgo diferencial. Ello comporta una inmediata relación de devaluación que priva a los individuos del grupo en cuestión de su aceptación social y los identifica como diferentes (Goffman, 1963).

López et al. (2008) señalan el conjunto de actitudes sociales negativas más representativas asociadas al estigma en salud mental. Entre ellas, destacan la peligrosidad, la extrañeza, la falta de predicción, la dificultad relacional, la incapacidad de manejar la propia vida, la creencia de que la enfermedad es incurable y un grado variable de responsabilidad y culpa acerca de lo que les sucede.

A todo ello, cabe añadir la noción habitual acerca de las personas afectadas, representadas de manera completa por el trastorno, asumiendo, de forma estereotipada, su condición íntegra de “bipo-

lar” o “esquizofrénica”, sin tomar en consideración que se trata de un diagnóstico, es decir, de un elemento que no describe por completo a la persona. Sin embargo, el diagnóstico actúa en muchas ocasiones como una categoría totalizante, que captura la identidad y subjetividad del individuo, estableciendo una realidad inapelable de la cual resulta muy complicado desprenderse y que es generadora de sufrimiento (Correa-Urquiza, 2014, 2018; Correa-Urquiza y Pié, 2017).

Al estigma, como significación externa, se le suma en muchas ocasiones un proceso interno de autoestigmatización. A efectos prácticos, este es el fenómeno que produce importantes repercusiones emocionales para quien lo padece –miedo, ansiedad, vergüenza–. El autoestigma, como proceso, conlleva la identificación, conformidad y legitimación de dichas creencias negativas sobre uno mismo, dando como resultado una conducta que trata de ajustarse a las expectativas generadas en el contexto. De esta manera, se interiorizan y aceptan dichas actitudes estereotipadas y discriminatorias, y se manifiestan por parte de la persona en forma de sentimientos y conductas alineadas, en términos de funcionalidad social.

En cuanto a los participantes del estudio, nos hemos centrado en observar las maneras mediante las cuales han podido orientar la superación del autoestigma. Un autoestigma que una parte importante de ellos ha expresado tener desde el momento en que fueron diagnosticados y que les ha condicionado negativamente y, de manera muy significativa, en diversas facetas de sus vidas, como las relaciones personales, afectivas, en el terreno educativo y laboral. Incluso lo ha hecho también en la propia atención sanitaria y psicológica, que han buscado en el sector privado para no exponerse a ser vistos en los centros públicos de salud.

En bastantes ocasiones, nos han relatado cómo el surgimiento del autoestigma se ha desarrollado en el propio contexto familiar. Algunas figuras parentales, en ocasiones el padre, en otras la madre y en algunos casos las dos, se señalan como un punto de origen relevante. Por ejemplo, Jesús nos explica como su madre le reiteraba

que no le explicara a nadie lo que le sucedía. Nos verbaliza como en diversas ocasiones, charlando con vecinos y amigos, ha sentido la necesidad de explicar su situación, ya que percibía que podría ser comprendida por estos con normalidad. Sin embargo, el hecho de que en el seno familiar fuera un tema tabú y que su madre le verbalizara que no lo expresara a nadie, le hizo mantenerse en silencio. Visto en perspectiva, ya desde una etapa de su vida en la que han podido despojarse –en buena medida– del autoestigma, siente esos años como perdidos en términos de recuperación.

Esta situación presenta paralelismos con lo que nos relataba Pilar acerca de su padre, que la desheredó en el momento en que ella hizo pública su enfermedad. Sin embargo, su madre la apoyó incondicionalmente. O bien Manuel, que nos cuenta como sus padres murieron sin entender realmente lo que a él le sucedía. Con el tiempo, algunos de los participantes han reflexionado profundamente acerca de cómo los elementos asociados al estigma han marcado la visión que sus familiares más próximos tenían de la situación asociada al problema de salud mental, así como del impacto que eso ha tenido en sus vidas. En diversos casos, la perspectiva temporal les ha permitido relativizar las situaciones vividas y señalar, como indicaba Manuel, el factor de desconocimiento y el miedo como las causas principales. Si bien no deja de resultar aflictivo, el hecho de haber realizado este esfuerzo racional por tratar de comprender el funcionamiento de los componentes cognitivos, emocionales y conductuales que conforman el estigma les posibilita entender ciertas situaciones vividas dentro del contexto familiar. Así, para la mayoría de los participantes, este proceso de aprendizaje ha supuesto un largo período y, a pesar de los progresos que expresan haber realizado, sienten que, en buena medida, todavía les quedan mejoras por alcanzar.

Otro espacio en el que los participantes nos han relatado la vivencia de experiencias estigmatizantes es en las relaciones sociales y la búsqueda de pareja. María y David nos explican diversas situaciones en las que el hecho de comunicar su diagnóstico ha influido de manera muy relevante en el proceso de conocer a otras personas.

Así, describen como los prejuicios y estereotipos asociados al diagnóstico resultan un factor que dificulta iniciar una relación sentimental y plantear un futuro compartido.

En ese momento, cuando dices que tienes esquizofrenia... salen corriendo... muchas salen corriendo. (David)

Ambos han trabajado este asunto con sus profesionales de referencia, quienes les han orientado a no comunicar el diagnóstico en las primeras etapas de la relación, y así evitar que las personas queden excesivamente condicionadas por este aspecto. La sugerencia que han recibido es que traten de utilizar esa primera fase para darse a conocer sin la interferencia que puede suponer la información sobre el diagnóstico para la otra persona. Tanto María como David aplican esta aproximación en las relaciones que actualmente mantienen.

Mi psiquiatra y mi trabajadora social me recomiendan que me espere un tiempo a explicárselo. Que me conozca [se refiere a la otra persona] tal como soy, porque si se lo explico ahora que hace pocos meses que salimos... pues solo verá la etiqueta de la enfermedad (...). Yo pienso que es una cosa que se tiene que explicar (...). Me preocupa un poco, pero pienso que lo podrá entender. Pero hoy por hoy prefiero que me conozca tal como soy porque, repito, la enfermedad no me define. (María)

En uno u otro contexto, observamos como el autoestigma produce, en su etapa inicial, un impacto sobre el concepto que uno tiene de sí mismo, es decir, sobre la autoestima y las posibilidades que percibe la persona de recuperarse y de poder proyectar una vida con sentido. De esta manera, queda afectada significativamente la esperanza y las expectativas en dicho proceso de mejoría, así como también se manifiesta una escasa motivación para la interacción social. Se incrementa, por lo tanto, el riesgo de aislamiento social.

Sospechamos que muchas personas con TMG permanecen en esta situación de manera prolongada e incluso permanente en sus vidas, dado que una estrategia –lógica y comprensible– de adapta-

ción social ante este fenómeno es la evitación. No es el caso de las personas que hemos entrevistado. En consonancia con lo que indican Corrigan y Watson (2006) acerca de los procesos de resarcimiento y superación del autoestigma, hemos identificado dos tipos de patrones.

El primero pasa por la aparición de un sentimiento de indignación y rabia, por parte de la persona, ante el hecho de tomar conciencia acerca de la injusticia asociada a la situación que está viviendo. Según nos relatan, esta se ha producido fruto de la interacción con otras personas (en este caso profesionales o grupo de iguales). Como consecuencia de dicha interacción, se producen nuevas formas de comprender el fenómeno y de comprenderse a uno mismo, que permiten a la persona reestructurar la percepción que hasta ese momento tenía de sí misma. Con ello, aparece esa sensación de enojo e indignación como respuesta al “trato” social recibido por su condición de enfermo mental, y que la persona siente que ha internalizado injustamente. Subrayamos el hecho de que este surgimiento se desarrolle en espacios en los que se pueden establecer relaciones de identificación grupal y colectiva que vencen la vivencia individual y uniforme experimentada hasta ese momento.

El segundo patrón identificado toma una orientación diferente con respecto al anterior, dado que conlleva una actitud de cierta indiferencia –en términos de afectación personal– ante la vivencia social del estigma. Es decir, la persona ha reforzado su protección ante las actitudes sociales negativas acerca de los trastornos mentales y su autoestima no queda dañada como podía hacerlo con anterioridad. Si bien en ambos patrones se logra incorporar una posición crítica con respecto a la reproducción social del estigma, a lo que se suma la deconstrucción racional del fenómeno y su resignificación –con las implicaciones positivas que eso conlleva–, en este segundo caso su canalización resulta menos beligerante que en el patrón anterior.

Situados estos dos patrones que permiten orientar la superación del estigma y el autoestigma, indicamos un último patrón que, a

nuestro entender, supone llegar una fase más avanzada. La encontramos en participantes que han conformado un rol de activista en salud mental y que, como indicamos en la descripción de la muestra, son un total de cuatro personas. Si bien más adelante trataremos esta cuestión con mayor precisión, observamos en ellos un componente de empoderamiento que representa haber alcanzado el polo opuesto a las consecuencias del estigma. Es decir, lejos de interiorizar una evaluación negativa de sí mismos, surge un sentimiento de orgullo, honra y dignidad por todo el proceso positivo realizado y que ha logrado superar las expectativas sociales pesimistas acerca de la enfermedad mental. Las palabras de Manuel lo ejemplifican claramente:

Claro, todo empieza poco a poco, porque tampoco te quieres exponer (...) hasta que al final dices: "Estoy orgulloso de ser loco" (...). Y en esa fase estoy. Ahora voy por la vida tranquilamente (...). Esto es lo que hay que conseguir. El sufrir el estigma, el sufrir la incompreensión en general, te hace... hay gente que se amilana y otra gente que pelea. Pues yo voy a luchar contra esto. (Manuel)

4. Rol: de la singularidad a la pluralidad

4.1. Más allá del rol de enfermo

“Tengo una vida normalizada”.

Teresa

En el apartado anterior nos referíamos a la identidad como un proceso de construcción activa del sentido del yo. Ahora nos centramos en los roles sociales, que pueden definirse desde una perspectiva sociológica como patrones de conducta relativamente previsibles y adaptados a las expectativas de los diferentes contextos de socialización en los que nos situamos las personas a lo largo de nuestra vida (Chandler y Munday, 2011). En esos contextos de socialización –primarios y secundarios– los individuos aprendemos a ser miembros de la sociedad, internalizando normas y valores y desarrollando, así, nuestros diversos papeles sociales. De esta manera, las expectativas compartidas de comportamiento actúan a modo de catalizadores en relación con lo que se considera culturalmente deseable y conveniente en cada momento (Scott y Marshall, 2009).

En términos generales, los individuos asumimos diversos roles sociales en nuestra vida que adquieren significación en cada uno de los escenarios culturales en los que nos socializamos. Así, por ejemplo, podemos asumir el rol de padre y esposo, en el contexto de una familia. El rol de profesor, en un marco profesional docente. El rol de amigo, dentro de nuestro grupo de iguales. El rol de cuidador, ante el proceso de dependencia de nuestros progenitores. El rol de referente comunitario, en el marco de una comunidad de vecinos. O el rol de cliente, cuando acudimos a un banco para solicitar una hipoteca. Podríamos seguir aportando ejemplos y así ilustrar la naturaleza plural que adquieren los roles en nuestra vida y cómo estos van configurando una posición social concreta vinculada a un estatus.

¿Cuál es, en el caso de las personas afectadas por un TMG, las consideraciones que hay que tener en cuenta al respecto? En primer lugar, la asignación de una etiqueta social negativa por su condición, que conlleva una devaluación y desacreditación. Ello se debe a una idea estereotipada asociada a un comportamiento desviado de la norma y que comporta situaciones estigmatizantes y discriminatorias. De ello hemos hablado en el apartado anterior. En segundo lugar, y este es el asunto que nos interesa señalar ahora, como el “rol de enfermo” ocupa un espacio central para la persona y del que se hace muy difícil desprenderse, reduciendo el sujeto a su condición de diagnosticado.

El sociólogo estadounidense Talcott Parsons (1951) fue el primero en elaborar una teoría acerca del rol de enfermo. Entre otros aspectos, destacaba que, con la llegada del diagnóstico grave, el enfermo es apartado de sus responsabilidades habituales o normales para su contexto social. Una vez relegado, se espera que inicie el proceso de rehabilitación en el cual debe asimilar un papel de paciente que se esfuerce para recobrar su salud, dejándose tratar por técnicos especialistas –médicos– que le orienten en la consecución de dicho objetivo. Alcanzado un nivel funcional aceptable, puede restituir de nuevo su pleno desarrollo personal y reincorporarse a sus tareas convencionales. Si no lo consigue, la tendencia conduce a consolidar un rol permanente de persona discapacitada y dependiente, es decir, un receptor pasivo de cuidados y tratamiento como resultado de su insuficiencia (funcional, relacional, productiva, económica) y cuyas pautas de relación quedan condicionadas y sujetas a dicha situación (Ferreira, 2008). A través de esta perspectiva sociológica, se plasma el hecho de que los roles sociales habituales de la persona con un problema grave de salud mental tienden a quedar desplazados y anulados para dejar que el rol de enfermo o discapacitado ocupe el espacio central.

El punto fundamental que observamos entre los integrantes del estudio es la capacidad que han desarrollado para revertir esta inclinación a la que el colectivo se ve empujado socialmente. En términos generales, el proceso que han realizado no es de restitución a

su condición previa –estándar de normalidad– antes del diagnóstico. Tampoco lo es de reanudación de objetivos vitales previos a la aparición de la enfermedad. En la mayoría de los casos, nos hemos encontrado con personas que han tenido que reajustar sus planes de vida y adaptarse a unas nuevas circunstancias de la manera más armoniosa y significativa posible. Aprender de nuevo a configurar un proyecto de vida que pasa por el desarrollo de nuevos espacios vitales significativos, conscientes de las implicaciones y posibles limitaciones que conlleva vivir con la enfermedad.

Así, para ejemplificar dicha consideración, cabe destacar que el espacio educativo y laboral posibilitaba, para gran parte de ellos, una construcción de rol muy importante antes de la aparición de esta. En general, este ha sido un espacio que ha perdido gran parte de su relevancia y que, en la actualidad, presenta más vinculación con el pasado que con el presente y futuro. Así, de las diez personas entrevistadas –todas ellas en edad activa–, siete se encuentran en situación de inactividad laboral y reciben una pensión por incapacidad absoluta, una es beneficiaria de una pensión de jubilación anticipada, una compagina una pensión de incapacidad con una ocupación parcial en el mercado de trabajo protegido (Centro Especial de Trabajo), y una única persona se encuentra actualmente activa laboralmente dentro del mercado de trabajo ordinario. Cinco de ellos empezaron los estudios universitarios, de los cuales tres los finalizaron y dos no lo hicieron. En un caso por la aparición de la primera crisis. Sus ocupaciones han sido diversas y en sectores distintos (empresarial, educativo, cultural, transporte y logística, hostelería, servicios sociales, etc.). En algunos casos, como el de Juan, Rubén, Pilar o Manuel, con trayectorias muy prolongadas en un único sector. Estos dos últimos, como propietarios de una empresa. En el resto, con experiencias más cortas y diversificadas. En distintos casos, la finalización laboral resultó un proceso difícil de asumir, dado el alto sentido de responsabilidad y autoexigencia que les caracteriza. Sin embargo, comprobaron las dificultades por continuar y, advertidos por las profesionales acerca de las consecuencias indeseadas que podía comportar para su proceso de re-

cuperación el hecho de seguir su actividad laboral, cerraron una etapa muy sustancial en sus vidas.

Este hecho se opone, o cuanto menos matiza, una idea extendida en el ámbito de la rehabilitación de las personas con problemas de salud mental, en la que el retorno a una actividad laboral de carácter productivo se convierte en una pieza clave para el restablecimiento de la persona. De nuevo, encontramos aquí un elemento importante para el enfoque basado en la recuperación, y es que la finalidad no transcurre, necesariamente, por una cura o restitución funcional. Por el contrario, las personas pueden recuperar su vida, sin necesariamente recuperar su funcionalidad en ámbitos centrales para ella antes de la aparición de la enfermedad, a pesar de la presión social que en ocasiones sienten al respecto. De ello nos habla María, que tuvo con anterioridad diversas ocupaciones en el sector de la hostelería y, en la actualidad, sigue formándose por interés propio en cursos de idiomas.

Hay gente que me dice: “Lo que deberías hacer es salir de la zona de confort y tratar de encontrar un trabajo, porque te sentirías realizada”. ¡Es que yo ya me siento realizada! O sea, es más lo que dirá la gente... que la gente dice... “Oh, esta chica... tanto tiempo que no trabaja...”. ¡Pues me da igual lo que piensen! O sea, la sociedad está hecha para decirte que si no trabajas no eres productivo. Pues hay mucha gente que no puede trabajar, y que hace un voluntariado y que igualmente está aportando a la sociedad. (María)

Esta constatación que encontramos fruto del diálogo con nuestros informantes no invalida que las personas con un trastorno mental puedan mantenerse o incorporarse de nuevo al mercado de trabajo ordinario o protegido y que este aspecto sea relevante en su proceso de recuperación. Pero en nuestro caso, no ha sido el patrón identificado. La excepción es David, para quien la inserción laboral ha sido un reto y, a la vez, un estímulo personal en su proceso. Actualmente, se encuentra trabajando en una entidad del tercer sector del ámbito de la discapacidad, formando parte de un equipo de intervención social. De esta manera lo expresa:

Lorena¹⁰ se impresionó, digamos, porque yo (...) no quise tramitar la pensión (...). Esto quizá me ha hecho sufrir más, por un lado, pero por otro, también me ha hecho espabilar más (...). No tengo una jornada completa... pero claro... tengo objetivos, quiero prosperar más y ganar más y hacer más horas. Y normalizar más esto, pero bueno... paso a paso. (David)

Lo que queremos señalar es que, de entrada, no parece que haya espacios más válidos que otros para el desarrollo de roles significativos que orienten un buen proceso de recuperación. Lo importante es que, sean los que sean, promuevan los intereses de la persona, su salud y bienestar, y se alejen de las lógicas negativas asociadas a la discapacidad y la patología. Estos espacios se pueden encontrar en la familia –como nos explica Juan–; en las relaciones personales –según José– y afectivas –es el caso de María y Manuel–; en el cuidado y la atención hacia otras personas –lo vemos en Teresa–; el ocio –el caso de Rubén–; la cultura –como nos cuentan Pilar y Carmen–; y, como abordaremos de manera singular en el siguiente apartado, en el hecho de compartir y difundir la experiencia y conocimiento adquirido a través de la enfermedad y servir de inspiración y ayuda para otras personas.

Llegados a este punto nos preguntamos: ¿cómo explicar el hecho de que nuestros informantes hayan sido capaces de desplegar nuevos roles significativos en sus vidas dejando empujado el rol de enfermo? La respuesta que podemos ofrecer se apoya solamente en algunas hipótesis incipientes. Una de ellas la vinculamos con una dimensión psicológica, basada en las cualidades personales y el carácter que han ido conformando durante el proceso de recuperación. Este carácter se manifiesta, en términos comportamentales, mediante formas particulares de ser y afrontar la vida. A continuación, mediante los testimonios de Rubén, Juan, María y José, resaltamos algunas de las que consideramos principales, como son la vitalidad, la constancia, la reflexión y la curiosidad.

10 Se refiere a la profesional del servicio de salud mental al que acudía. Se utiliza un pseudónimo para referirse a ella.

La vida es muy bonita y debe vivirse. No se vive dos veces y la vez que vives, debes vivir intensamente, si puedes. Pero, sin perjudicar a nada ni nadie... Yo intento vivir alegremente, a pesar de todo (...). Es lo que doy, y me lo devuelven sin yo quererlo... Se trata de amabilidad y buenos conocimientos. (Rubén)

Me definiría como una persona extrovertida, analítica, con mucha capacidad de introspección (...) libre, sobre todo libre (...). Y debo reconocer que la enfermedad también me ha aportado muchas cosas. (Juan)

Soy una persona luchadora y resiliente (...). Y soy optimista... que siempre intento ver el vaso medio lleno (...). Me considero que tengo sentido del humor (...) me gusta escuchar (...) y trato de ser amable con la gente (...). (María)

Soy una persona a la que le gusta mucho conocer gente, hacer amistades, hablar con gente diferente, conocer nuevas culturas, nuevas situaciones de personas distintas... (José)

En la mezcla de esas cualidades se producen disposiciones en las personas que actúan a modo de impulso. Es decir, que impelen a la acción. Resulta evidente que sin la presencia de razones o intereses genuinos como los que hemos hallado entre los entrevistados, resulta difícil producir la motivación necesaria para activar el proceso de recuperación. Así, el agotamiento por la situación clínica puede favorecer que la persona quede instalada en ese estatuto de paciente o enfermo crónico en el que ha sido previamente clasificado (Huertas, 2011). A menudo, ese rol se ensancha a medida que disminuyen las posibilidades de orientar un proceso de transformación y a medida, también, que los individuos van construyendo sus protecciones para adaptarse, de la mejor manera posible, a ese papel que les ha sido atribuido. Afortunadamente, el patrón hallado entre los participantes difiere de esta pauta.

4.2. Activismo y autoayuda: motores de recuperación

“Tengo la impresión de que si puedo ayudar a alguien, eso me refuerza”.

José

Anunciamos en el apartado anterior como el hecho de compartir y difundir la experiencia subjetiva que las personas van adquiriendo –y que son capaces de convertir en conocimiento– es un elemento muy significativo para la transformación del rol. De hecho, el impacto resulta doble. En primer lugar, para la persona que es capaz de realizar este proceso de carácter reflexivo y comunicarlo externamente. En segundo lugar, para las personas afectadas que se benefician de ese conocimiento y que lo hacen también por el hecho de ser acompañadas por agentes no profesionales en el proceso de mejora. Finalmente, de una manera indirecta, es toda la sociedad la que se enriquece de esta contribución.

En este sentido, compartimos con Correa-Urquiza (2018) el interés por fomentar los *saberes profanos* en salud mental, es decir, la articulación de un conocimiento que se fundamenta precisamente en la subjetividad de la persona, fruto de su aprendizaje con el sufrimiento psíquico, emocional y social. Este es un saber *en primera persona*, que se presenta como una propuesta diferente al saber experto. Un saber, este último, que tiende a ocupar el espacio central del discurso acerca de la salud mental.

Más allá del plano discursivo, el movimiento en primera persona se conforma, en términos concretos, a partir de la creación de espacios colectivos de cuidado, colaboración, participación, reciprocidad y reivindicación de derechos y alternativas que pretende transformar individual y colectivamente el campo de la salud mental. Estos espacios pueden aflorar a partir de la iniciativa de profesionales situados en estructuras de servicios y recursos ya presentes en entidades del tercer sector, o bien como nuevas organizaciones

impulsadas, en este caso directamente, por las propias personas afectadas.

A modo de ejemplo, destacamos el caso de Pilar, quien pasa de ser usuaria de servicios en salud mental a, en pocos años, promover una asociación que en la actualidad es referencia en una comarca catalana. Lo hizo, nos insiste, gracias al apoyo de su marido.

Empecé a descubrir el mundo de las asociaciones... Y fundamos la asociación. Mi marido se implicó muchísimo en el trabajo, fue uno de los primeros presidentes impulsores. Éramos solo tres usuarios en aquellos momentos, pero sacamos adelante la asociación. (Pilar)

En diversas ocasiones, los servicios destinados a la inclusión comunitaria, como los clubes sociales o los servicios de rehabilitación comunitaria, son plataformas de encuentro de personas donde se originan encuentros de ayuda mutua que, posteriormente, pueden evolucionar hacia proyectos más amplios e independientes a dichos servicios. Es el caso de Rubén, que nos habla de sus intenciones de futuro con otros compañeros del servicio.

Te diré más (...) haremos una asociación en primera persona de salud mental. (Rubén)

En efecto, en los últimos años ha penetrado con fuerza, fundamentalmente entre las entidades sociales de la salud mental, pero también entre los servicios y recursos de la cartera de servicios sociales y de salud en Cataluña, la idea de articular la experiencia en primera persona. En algunos casos, para canalizarla en favor de los objetivos del servicio. En otros, para proyectar iniciativas auto-gestionadas.

En el primer caso, el modo de proceder acostumbra a ser el siguiente: se forma a las personas que presentan buenos procesos para que puedan convertirse en referentes¹¹ de personas que se

¹¹ Encontramos diversos términos para referirse a ellos: referentes, expertos, facilitadores, acompañantes, y en menor medida encontramos el término peer (en inglés, 'igual').

encuentran en estadios más tempranos de la enfermedad, estructurando así relaciones de apoyo mutuo. En general, esta es una actividad voluntaria, si bien encontramos algunas experiencias piloto donde se convierte, para el referente, en un acceso al mercado de trabajo mediante su incorporación al equipo técnico del servicio o recurso. En cualquier caso, no se plantea como un proceso unidireccional, sino que el impacto en la mejora y el bienestar implica a ambas personas, independientemente de la fase en la que se encuentren.

Consideramos de gran interés esta línea de trabajo y celebramos su penetración entre los servicios de sistema público y de iniciativa social. No obstante, pueden aparecer algunos riesgos que hay que tener en cuenta. Uno de ellos se relaciona con el hecho de no tomar en consideración a las personas en el momento de diseñar las estrategias de intervención en este tipo de proyectos –planificados exclusivamente por las profesionales– y hacerlo solamente en el proceso de ejecución. De esta manera se perdería un componente substancial, como es la reflexión crítica que pueden aportar las personas y que puede resultar de gran interés durante la fase de creación y diseño.

Retomando el análisis, destacamos entre nuestros informantes la presencia de un patrón que puede calificarse de generalizado, y se relaciona precisamente con la tendencia a compartir sus experiencias en una dinámica de ayuda entre iguales. También a asumir un papel activo en la creación de grupos autoorganizados y a proyectarse activamente en el campo del activismo en salud mental.

Si bien todos ellos se han socializado ampliamente en el primer aspecto a través de los grupos de ayuda mutua, en menor medida lo han hecho en el segundo y tercero, esto es, como promotores de espacios y organizaciones en primera persona, y como agentes con voluntad de comunicar en el espacio público e incidir cultural y políticamente dentro del ámbito de la salud mental.

En la mayoría de las ocasiones, su desarrollo ha venido impulsado, como señalamos anteriormente, por profesionales situadas en servicios de atención en salud mental que los han incentivado. Es el caso de Jesús, Manuel y María.

Pues fue Silvia¹² la que me derivó a la asociación. Entonces empiezo a hacer el voluntariado, y después me piden que haga formación en dos programas que tienen. El programa no sé si lo conoces... el programa Prospect y los GAM. (Jesús)

Empecé en la asociación (...). Iba a hacer charlas a los institutos (...) y empiezas a sentirte útil. Creo que es de vital importancia sentirte útil y no una carga para nadie. (Manuel)

En el caso de Jesús, se involucra en proyectos de apoyo entre iguales en los que personas con experiencias similares pueden relacionarse en una lógica “no profesional”, ofreciendo una relación basada en la validación y la empatía (Mead y Macneil, 2006). En su caso, lo hace como persona que contaba ya con un recorrido sólido en lo que se refiere a su proceso de recuperación. Jesús, que tiene un pasado profesional vinculado a la docencia, nos explica como sintió que a través de este nuevo papel retoma algunos de sus intereses vinculados al trabajo intelectual, la formación, y su voluntad pedagógica y de aprendizaje.

Y aquí, me doy cuenta de que aquel tal vez fue el momento de mi recreación y de darle sentido a mi vida. (Jesús)

Manuel, por su parte, si bien contó también con el estímulo profesional para involucrarse activamente, tuvo desde muy pronto la necesidad de incidir en el campo de la salud mental, en percibir la injusticia en el trato que recibía por su condición de persona diagnosticada.

Yo entré, básicamente, porque vi que era una necesidad imperiosa hacer un cambio en la salud mental (...). Yo he sufrido estigma en mis

12 Se utiliza un pseudónimo para referirse a la profesional.

carnes. Y dije bueno esto es una tontería como la copa de un pino, hay que luchar en contra de esto. (Manuel)

Lo hizo, inicialmente, explicando su testimonio en diversos contextos del espacio comunitario. Como vemos a continuación, por ejemplo, con la voluntad de acercar a los jóvenes a la realidad de la salud mental y alejarlos de los prejuicios y estereotipos habituales. Este es un aspecto compartido con otras personas entrevistadas, como María, que acudió en diversas ocasiones a realizar intervenciones en institutos, en la universidad y en medios de comunicación. Lo hizo acompañada de su profesional de referencia.

(...) con chavales de 13-14 años. (...) Yo me di cuenta de que había un desconocimiento total. Y ese desconocimiento hace que se cree el estigma. (Manuel)

Iba a las escuelas e institutos a hablar de mi experiencia para concienciar a la gente joven de lo que es la salud mental... pues me gustaba. O hablar en un programa de radio, o hablar de mi propia experiencia a estudiantes de Psicología y de Psiquiatría (...). Lo he hecho con Lucía¹³ y es una experiencia que me ha enriquecido mucho. (María)

Volviendo a Manuel, este nos transmite, a través de su discurso, que es muy consciente de que los procesos de recuperación no son algo puramente individual que sucede en los servicios y recursos aislados, sino que transcurre también en el espacio público, en el medio comunitario. De ello se deriva su motivación por el activismo. Como Jesús, destina parte de su tiempo a la acción grupal con personas diagnosticadas en un marco de apoyo mutuo. De esa experiencia nos comparte algunas reflexiones de interés:

Nuestro colectivo necesita ser escuchado. (...). Yo particularmente me gusta que la gente se explaye, ¿no? (...). La gente necesita ser escuchada. Simple y llanamente. (...). A nuestro colectivo es difícil que le escuchen (...) porque te dicen que estás como una regadera o... (Manuel)

13 Se utiliza un pseudónimo para referirse a la profesional.

Y nos acaba indicando como esta actividad activista y de acompañamiento a otras personas queda recompensada positivamente en términos individuales.

A ti te da también autoestima. A todos nos gusta sentirnos de un colectivo, sentirnos útiles, un poco de protagonismo. A todos nos gusta. O sea... nuestros egos son nuestros egos. (Manuel)

En sintonía con las palabras de Manuel se encuentra Teresa, quien después de un proceso preparatorio, participa también voluntariamente como formadora en contextos de ayuda entre iguales, donde nos repite que su objetivo es crear un espacio de confianza en el grupo para que las personas puedan expresarse.

Necesitamos tener ese espacio de confianza donde te puedes expresar (...). Y nosotras estamos ahí para facilitar (...). En vez de nosotros soltarle la chapa, les hacemos preguntas... (Teresa)

Para finalizar nos detenemos en Carmen, quien también desarrolla un rol de acompañamiento a otras personas afectadas y que paralelamente ha realizado diversas sesiones de divulgación en el contexto comunitario. Ella nos explica cómo hubiera apreciado, en los momentos iniciales de su proceso, poder encontrarse con personas referentes que le hubieran podido inspirar y orientar, como ella intenta hacer ahora.

Son los talleres (...) donde explicas tu proceso y te pueden hacer preguntas y es... no sé... a mí me hubiera gustado mucho cuando yo estaba mal y estaba en ese lado, ¿no? El poder escuchar a alguien (...). Porque en esos momentos no lo ves (...). Y que te puedan preguntar cómo hiciste esto, cómo hiciste aquello y qué te ha ayudado a ti y... no sé. Así puedes ayudar un poco, ¿no? (Carmen)

4.3. Personas clave que marcan un punto de inflexión

“Me dijo que siempre estaría a mi lado”.
Jesús

En septiembre de 1968 se publicó en la revista *The Urban Review* un artículo que se convertiría en una referencia imprescindible en el campo de la Psicología y, en concreto, en el estudio de la influencia que tienen las expectativas en el rendimiento de las personas. El artículo, *Pygmalion in the Classroom*, fue escrito por el psicólogo Robert Rosenthal y la psicóloga y maestra Lenore Jacobson a partir de un experimento realizado el año 1965 en una escuela norteamericana. El experimento en cuestión consistió en informar a ciertos maestros del hecho de que contarían en sus clases con alumnos de los cuales se podía esperar un alto rendimiento, a partir de los resultados obtenidos en una supuesta prueba de inteligencia que, de hecho, no tuvo lugar. En su caso, los alumnos fueron seleccionados aleatoriamente y, de acuerdo con la hipótesis inicial, estos lograron un mayor rendimiento académico fruto de las altas expectativas que los maestros tuvieron sobre ellos (Rosenthal y Jacobson, 1968). Gracias a esta investigación y las que han seguido la misma línea de trabajo, sabemos que las personas tendemos a orientar un comportamiento y obtener unos resultados que se encuentran en correspondencia con las expectativas que los demás tienen sobre nosotros.

También desde la Sociología, si bien en un plano más general, esta ha sido una cuestión de interés. Hay que remontarse a principios del siglo pasado para recuperar la aportación del sociólogo y psicólogo William I. Thomas, quien en el contexto de sus investigaciones sobre el fenómeno de los comportamientos sociales y la desviación aportó un principio fundamental, conocido como el teorema de Thomas, en el cual señala que, si las personas definen las situaciones como reales, estas son reales en sus consecuencias (Giner et al., 2006). A través de la aportación de Thomas, el también sociólogo

Robert Merton elaboró años más tarde la teoría de la profecía autocumplida, explicada como “una definición falsa de la situación que suscita una conducta nueva, la cual convierte en verdadero el concepto originariamente falso” (Merton, 1995, p. 507).

Ambas aproximaciones nos resultan de interés para introducir este apartado, en el que trataremos de mostrar la influencia positiva que algunas personas han tenido para nuestros informantes en su proceso de recuperación. Como veremos a continuación, en la mayoría de los casos se trata de personas cercanas del contexto familiar, como padres, hermanos y parejas. A continuación, encontramos las amistades. Finalmente, y en menor medida, se ha hecho referencia a otras personas del contexto comunitario.¹⁴ En algunos casos, como el de Jesús, Manuel y José, se ha destacado especialmente a una persona que se ha convertido en alguien con una significación muy relevante. Para el resto, se ha hecho una mención más plural, si bien en todos los casos aparecen rostros concretos a los que referirse con un claro sentimiento de orgullo y agradecimiento. Veamos algunos ejemplos.

María menciona el agradecimiento hacia sus progenitores, especialmente su padre, a quien señala que siempre ha estado muy pendiente de ella:

Mi padre me ha ayudado mucho porque me ha llevado a todas partes. Siempre ha estado pendiente de mí (...) siempre me llevaba hacia aquí, hacia allá... he tenido mucha suerte. (María)

Pilar nos habla de su familia, su madre, sus hijos y, en especial, de su marido, de quien destaca que siempre estuvo presente cuando lo necesitaba, sintiendo que estaba continuamente disponible para ella, cualquiera que fuera la situación que se presentaba. Recuerda también la manera tan sutil en la que él favorecía el mantenimiento de ciertas rutinas –algunas de carácter más funcional y otras enfocadas a las relaciones sociales– para que ella continuara mínima-

¹⁴ Si bien en alguna ocasión se han indicado profesionales, relegamos esta parte para un apartado posterior (5.2).

mente activa en los momentos más complicados. Además de la familia, Pilar nos cuenta como en esa primera etapa de estabilización, después de su primera crisis, desempeñaron un papel muy importante una pareja de vecinos, ambos profesionales de la salud, que asumieron un rol de acompañamiento y apoyo a ella y a su marido. Su formación resultaba un elemento de gran ayuda, ya que podían ofrecerles consejos para sobrellevar mejor la situación.

En este caso eran dos vecinos... Ayudaron a mi marido cuando yo llegué a casa y venían a verme. Me hacían compañía y ella me ayudaba... Yo es que tenía miedo y tenía vergüenza porque yo hice un brote en la calle (...) y tenía miedo de salir a la calle (...). Pues con ellos íbamos a tomar el café y al gimnasio del pueblo de al lado, para evitar el estigma. Y ese acompañamiento de la familia y del entorno fue fundamental. Porque en ese momento, ni el psiquiatra que tenía (...) me explicó que había asociaciones, que había lugares a los que podía ir. Así que fueron ellos los que me acompañaron. (Pilar)

Por su parte, Jesús, si bien nos ha hecho referencia al apoyo obtenido por parte de toda su familia, ha querido destacar de manera singular a su hermano. De él recuerda conversaciones concretas que han mantenido, y señala como algunas de sus palabras han sido determinantes para él. De lo que nos explica, podemos inferir que su hermano lo ha valorado y ha creído en todo momento en su potencial y capacidades como persona. Y ha sido capaz de transmitirle con mucha convicción ese apoyo que ha ayudado a Jesús a tener la confianza necesaria para impulsar sus propósitos.

Yo he tenido siempre su apoyo (...). Él tiene una formación mucho más práctica de la vida (...) por carácter y después por formación. (...) y hay un elemento clave... un elemento... porque él se sintió responsable también... y me dijo: "Oye, Jesús, tú en tu vida haz lo que creas que tengas que hacer. Hazlo de manera responsable y tanto si te sale bien como si te sale mal, yo siempre estaré a tu lado". Eso a mí me dio un toque de decir... Ostras... Dijéramos que mi autoestima estalló. Porque yo tengo la posibilidad de hacer frente a mi enfermedad sabiendo que siempre tengo un apoyo (...). Aunque tenga el cariño de otras personas, yo sé que mi hermano no me fallará nunca, ¿no?

Esto me dio (...). O sea... dar el paso determinante para hacer frente a la realidad. (Jesús)

Juan, por otro lado, nos habla de la importancia que han tenido sus amigos "antiguos", como remarca él, en el buen hacer de su proceso, dado que se ha sentido en todo momento muy acompañado. Sin embargo, destaca especialmente la significación de su pareja. De ella valora que haya buscado recursos para entender su sufrimiento mental. Como nos apunta Juan, "al principio ella no entendía nada porque no habíamos tenido ningún caso en la familia", pero pronto empezó a implicarse en espacios para informarse y formarse, hasta llegar a la situación actual en la que, incluso, es capaz de anticiparse e identificar algunos signos de riesgo para que puedan ser abordados preventivamente.

Ella, de algún modo, nota cuando hay algo... algo... pues que la pone en alerta, ¿no?, quizá por algunas preguntas que hago o por algo que le digo (...) Entonces se puede llamar al psiquiatra... ver si hay que ajustar la medicación... o ver qué hacemos... (Juan)

También de su pareja nos habla Manuel, con quien lleva prácticamente veinte años. La conoció en un centro hospitalario de salud mental coincidiendo con uno de sus ingresos. Ella estaba también ingresada como paciente. Nos recuerda, con cierta ironía, como la mayoría de las profesionales consideraban un error ese inicio de relación e incluso una dificultad añadida para la rehabilitación de ambos. Manuel nos explica que el hecho de que los dos tengan un diagnóstico grave de salud mental, lejos de ser un problema como pareja, les ha otorgado una mayor complicidad y entendimiento. Y esa comprensión se materializa en aspectos como: la aceptación mutua; la posibilidad de sentirse escuchado sin ser juzgado; el hecho de recibir el afecto de la pareja en los días en que el estado de ánimo es bajo; la posibilidad de entender las recaídas como parte del proceso; o tolerar la incertidumbre que en ocasiones puede suponer la enfermedad. Manuel apunta cómo de significativo le ha resultado poder reflexionar y aprender juntamente con su pareja acerca de sus problemas de salud mental y lo identifica como un

aspecto esencial para haber podido orientar un buen proceso de recuperación.

Para finalizar, quisiéramos señalar como en algunos casos el papel que juegan los familiares en ciertas etapas es de vigilancia, supervisión y contención. Si bien son un tipo de actuaciones bastante ingratas y desagradables, y que conllevan discusiones exaltadas, además de desgaste en la relación, son también, en muchas ocasiones –mediado por el paso del tiempo–, reconocidas en términos de ayuda, dado que demuestran una preocupación por el bienestar de la persona. Es este el caso de José, quien personaliza en su hermana el esfuerzo que realizó durante todo el tiempo que él tuvo graves problemas para gestionar su dinero. En este sentido, se siente ahora muy agradecido por el hecho de haber recibido esta sujeción que le evitó males mayores en su economía.

Yo no era consciente de lo que hacía con el dinero (...) Estuvo años [refiriéndose a su hermana] a punto de tirar la toalla porque ella veía que yo no.... que yo no era capaz. (José)

También en términos materiales, encontramos un amplio número de participantes que señalan el reconocimiento a algunos de sus familiares, especialmente los padres, por el sustento económico durante aquellos períodos en que lo han necesitado. Estos aspectos, de un carácter más funcional y práctico, y que tienden a situarse en un segundo plano –comparado con los que hemos mencionado en gran parte del apartado–, tienen también un valor importante que nuestros informantes han querido recalcar.

5. La responsabilidad y el control sobre la propia vida

5.1. Vivir con el sufrimiento mental: una relación de aprendizaje

“Lo que gano, ya no lo pierdo”.

José

La recuperación se desarrolla, fundamentalmente, a través de un proceso en el que la persona aprende a convivir con las derivadas – individuales y sociales– de la enfermedad mental y siente que, progresivamente, aumenta su capacidad de control sobre esta y sobre su propia vida. A partir de lo que hemos identificado a través del análisis, podemos apuntar que el aprendizaje no se ciñe únicamente a los aspectos asociados a la patología y al impacto más cercano que este conlleva, sino que va más allá y tiene que ver, en un sentido amplio, con aspectos biográficos, vitales y existenciales. De hecho, se divisa una retroalimentación entre unos y otros, en el sentido que cambios en una faceta más general de la vida de la persona tienen una incidencia positiva en la sintomatología clínica, y a la inversa.

Así, en este primer subapartado nos centramos en la cuestión del aprendizaje y lo hacemos tratando de dar respuesta a dos interrogantes planteados. En primer lugar, ¿qué han adquirido, en términos de conocimiento, nuestros informantes durante el proceso? Y, en segundo lugar, ¿de qué modo lo han logrado? Lo hacemos, de nuevo, mostrando diferentes citas literales que ilustran y sintetizan las principales líneas discursivas.

Empezamos con el abordaje de la primera pregunta, y lo hacemos a través de las aportaciones que nos realiza Pilar. Para ella, tal como ya habíamos detallado con anterioridad, una de las razones por las cuales explica su primera crisis tiene relación con la tensión provocada por el hecho de tener a sus tres hijos en la etapa adolescente

y la angustia acerca de los posibles peligros en que podían incurrir durante ese período. Mediante la ayuda profesional, nos cuenta, fue capaz de recapacitar acerca de la manera en que ella estaba enfocando la situación y pudo así orientar un cambio de mirada al respecto. Sin duda, este es un aspecto que, ella entiende, ha redundado positivamente en su bienestar mental.

Algo que aprendí es que no puedes vivir la vida de tus hijos. Tienes que acompañarlos y cuando ellos estén preparados, ya volverán (...). Debemos dejarles cometer errores, y si los tenemos atados con una cuerda no aprenderán nunca a andar. Este es uno de los aspectos que me ayudó mucho. (Pilar)

Otro de los aspectos que nos señala es que con el tiempo ha aprendido a no ser tan rigurosa y exigente consigo misma y a aceptar las limitaciones que conlleva en ocasiones la enfermedad. Este aspecto le ha permitido apreciar, en mayor medida, las acciones cotidianas que realizaba, por pequeñas que estas fueran. Y esa valoración debería aumentar, nos dice, en los momentos en que las crisis son más agudas. Ello no resulta sencillo, dado que fácilmente la persona puede ser etiquetada de gándula o perezosa por terceros, cuando se suceden este tipo de situaciones.

Y también reconocer, cuando empezamos en este camino, decir: "Mira, esta semana has fregado los platos, has bajado las basuras..." y dar gracias por ello. Esto también es muy importante. Por romper con esta idea de que estás allí todo el día y no haces nada. Si no haces nada, es porque no puedes con tu alma. Y cuando puedes empezar a disfrutar, aunque solo sea un café con leche y tomarlo sola en el balcón, ya creo que es un paso (...). Valorar esto, a veces por parte de los profesionales, es difícil. (Pilar)

Otro de los componentes que diversos informantes nos han señalado es la necesidad de cultivar la paciencia, en el sentido de tomar conciencia del tiempo necesario que cada cual necesita para ir desarrollando etapas. Así lo indican Juan y David.

En primer lugar, pues, la paciencia. Es una habilidad que la trabajas mucho. Es que debes tener mucha paciencia contigo mismo. (Juan)

¿Qué he aprendido? A tener más paciencia (...) también a conocerme más a mí mismo. (David)

Deducimos de sus discursos que la paciencia ha resultado una característica básica y estructural que les ha permitido desarrollar otras capacidades, como la que nos señala David con el hecho de conocerse mejor. A continuación, nos comenta, con más detalle, en qué consiste este aspecto de conocimiento personal.

Claro, yo antes no conocía mi límite y ahora sí, más o menos. Quizás esté más cerca, quizás esté más lejos, pero al menos el límite ya sé dónde está. (David)

Por su parte, Manuel nos manifiesta que para él ha sido importante aprender a relativizar algunos asuntos, atenuando así los efectos perniciosos que estos tenían sobre él anteriormente. Y, siguiendo el hilo anterior, identifica de nuevo el tiempo y la paciencia como factores de gran importancia. Sin embargo, es consciente de que la paciencia empieza a ponerse en marcha partir de un cierto momento, después de un proceso de moratoria, que acostumbra a estar ligado a las primeras etapas de crisis e inicio del trastorno. Estas pueden venir asociadas a una sensación de pérdida y falta de esperanza (Shepherd et al., 2008).

Una de las cosas que aprendes es que nada es tan importante. Nada es tan importante ni es tan grave (...). Y que, con tiempo, paciencia y conocimiento, puedes llegar a tener una vida, entre comillas, feliz. Claro, esto se lo dices a una persona que acaba de entrar en una unidad de agudos y te va a enviar a hacer puñetas... (Manuel)

Ligado a la posibilidad de relativizar y desdramatizar se encuentra el sentido del humor y la ironía, del cual Manuel ha hecho gala en diversos momentos de la entrevista.

Yo tuve una crisis en Ikea, un sábado por la tarde... ¡En Ikea! Pero... quién no tiene una crisis un sábado por la tarde en Ikea, ¿no? (Manuel)

Otro de los puntos importantes que nos han relatado los participantes está relacionado con la gestión de los pródromos. Esto es, con la posibilidad de identificar aquellos signos y síntomas que pueden preceder la aparición de una crisis más grave. Nos referimos a signos relacionados con diversas esferas, como la comportamental (por ejemplo, una tendencia repentina al aislamiento social), el pensamiento (por ejemplo, obsesión con temáticas particulares), o la emocional (por ejemplo, susceptibilidad sin motivo aparente). Esta capacidad para detectar dichos signos permite abordar preventivamente las posibles crisis. María, Juan y Pilar nos hablan de ello.

Yo tengo la gran suerte de que enseguida noto cuando tengo síntomas. Entonces... me detengo... o me voy a la psiquiatra y pido avanzar la visita... o me digo: "Pues esto no es real, está en tu mente". Quiero decir, lo sé diferenciar. Por ejemplo, un día iba por la calle y noté que oía la voz de mi padre y enseguida me dije: "Mi padre está muerto" (...). Estaba teniendo un síntoma. Evidentemente no era real. (María)

En mi enfermedad esto es muy recurrente, tener alucinaciones o voces. Pero dijéramos que me he acostumbrado bastante a esta situación, entonces lo controlo bastante. Cuando tengo un episodio, pues... puedo valorar la gravedad (...) si se mantiene mucho tiempo, o si es recurrente o si desaparece o no... (Juan)

Además de referirse a la habilidad para la detección, Juan nos expone abiertamente lo que sucede cuando esa capacidad, en ocasiones, falla y se desencadena una pérdida de contacto con la realidad como consecuencia de la alteración de las percepciones y los pensamientos.

Cuando estoy dentro [se refiere a un episodio de carácter psicótico] no sé discernir entre lo que es cierto y lo que no es cierto. No sé en qué punto me encuentro, no sé lo que me pasa. No me doy cuenta hasta que ha terminado todo el episodio. Cuando estoy dentro, es eso (...) lo estoy viviendo como una realidad y no sé diferenciarlo. (Juan)

Finalmente, para cerrar las respuestas a esta primera pregunta, ilustramos con Pilar el hecho de pedir ayuda como un elemento fundamental que permite precisamente apuntalar esa responsabilidad

y control sobre la propia vida. Acudir a profesionales, familiares o amigos de confianza en aquellos momentos en que se detecta algún riesgo, permite introducir elementos de prevención y previsión.¹⁵

Sí, yo soy consciente en momentos determinados, a lo largo de estos años he pedido ayuda y refuerzo de medicamento (...) sobre todo por causas puntuales ajenas (...). Entonces tienes la capacidad de decir: “¡Eh! Me estoy descompensando, algo pasa, no duermes bien, los pensamientos son recurrentes, estás más alterada de lo normal”. (Pilar)

Una vez tratada la pregunta sobre qué han aprendido nuestros informantes, pasamos ahora a abordar la segunda cuestión acerca del cómo lo han hecho. Es decir, cuáles son las técnicas, rutinas o incluso trucos que han ido elaborando y apropiándose a lo largo de este tiempo.

Empezamos con David, quien nos explica que, con la llegada de la enfermedad, ha hecho algún cambio en la manera de afrontar su vida y proyectar el futuro. Ahora lo hace, nos cuenta, a partir de pequeños objetivos, y no de planteamientos a medio ni largo plazo. Nos dice que de esta manera ha podido ir afianzando mejor su proceso de recuperación. De hecho, nos dice, la proyección que ha tenido ha superado la expectativa que él mismo tenía hace unos años.

Yo no sueño... yo lo que hago es fijarme pequeñas metas y es cómo voy mejorando... Y bueno... esta es mi filosofía de vida. No miro cómo estaré dentro de diez años (...). Porque yo (...) me dices hace cinco años que estaría trabajando donde estoy trabajando, y no (...) no me lo hubiera imaginado. (David)

Otro aspecto que lo ha estimulado positivamente es la experiencia que ha tenido como practicante en una asociación de personas con

15 Si bien no se ha tratado durante las entrevistas, una herramienta de interés y que se sitúa en línea con el mantenimiento de la responsabilidad es la planificación anticipada de decisiones en salud mental, cuyo objetivo es “facilitar los procesos de toma de decisiones en un momento en el que la persona se encuentre en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones relacionadas con un problema de salud mental” (Suess et al., 2015, p. 6). Esta misma obra muestra el modelo vigente en la comunidad autónoma de Andalucía.

discapacidad física. El ejemplo de superación de otras personas le ha resultado un estímulo para su propio proceso.

Quando hacía prácticas allí (...) que era gente con tetraplégica... lo que te das cuenta (...) es que nadie se rinde. Todo el mundo quiere vivir. Todo el mundo quiere prosperar. Todo el mundo quiere salir adelante. Así es. Por mucho que vayas con la silla de ruedas o por mucho que vayas coja (...) todo el mundo quiere una vida, una vida mejor. Una vida estable (...). Me hacía pensar que claro, si este (...) que va en silla de ruedas, quiere vivir, pues yo también, ¿no? (...) son cosas (...) que me han ayudado. (David)

Finalmente, queremos señalar un último aspecto del que nos habla David y que hace referencia a la preparación que realiza de sus visitas de seguimiento en el centro de salud mental, y es que trata de prepararlas previamente escribiendo aquellos temas que quiere abordar en el momento de la consulta.

A continuación, ilustramos con María uno de los aspectos que se ha repetido de manera abundante entre los informantes, y que tiene que ver con el beneficio que se obtiene de incorporar una rutina en la cotidianidad. Ello implica la tarea de planificar, explorar los intereses de cada cual, orientar la actividad del día a día, establecer horarios y mantener una constancia.

Tener hábitos (...) una estructura, quiero decir, es muy importante (...) llevar un horario... tener alguna motivación (...) hacer deporte (...). Pero una estructura es muy importante (...). Y el sueño, quiero decir, descansar (...). Yo los días que duermo poco no me siento bien. (María)

Otro de los aspectos que los participantes han destacado positivamente se vincula al desarrollo cultural, intelectual y artístico –mediante la lectura, escritura y pintura–. Por ejemplo, a través de la lectura, les permite entender mejor sus circunstancias y profundizar en el conocimiento de sí mismos. O con la pintura, a expresarse y desarrollar la creatividad. También mediante la escritura, a or-

ganizar un discurso personal e interno. Veamos en primer lugar a Carmen, quien escribe con frecuencia poesía.

La escritura siempre me ha ayudado mucho, sí. A veces piensas que los demás no te pueden entender o algo... pues puedes soltarlo todo en una página. (Carmen)

Rubén nos habla de su pasión por la lectura y detectamos el hecho de que se siente altamente estimulado por el estudio y la posibilidad de aprender. En este caso, se refiere a libros de Psicología que abordan, mediante testimonios reales, la enfermedad de la cual él se encuentra diagnosticado.

Ya me he comprado más libros de Psicología, (...) de dos personas que han tenido el mismo problema que yo (...). Para darme respuestas. (...) Me calma leer. Porque pienso... bueno... yo he pasado por eso y estas dos personas también han pasado por eso. (Rubén)

Por su parte, Pilar nos habla de su vertiente polifacética en diversos campos culturales. Empezó con la escritura y posteriormente continuó con la pintura y señala el componente terapéutico que tuvieron para ella. Cabe señalar que el buen hacer de Pilar en la escritura le valió para publicar un libro que, mediante dosis de autobiografía y de ficción, aborda sus vivencias vinculadas a la problemática de salud mental.

Me ayudó mucho el apoyo de un psicólogo que me aconsejó que empezara a escribir lo que recordaba [se refiere a los antecedentes sucedidos a la primera crisis], porque haces una etapa de negación. No quieres recordar lo que te ha pasado. No quieres recordar muchas cosas y culpas a los demás. Gracias a escribir, sin mirar faltas de ortografía... sin mirar la mala letra... pude expresar mis sentimientos, eso me ayudó mucho, ¿vale? (...) Otro factor importante fue la pintura. Me ayudó a expresarme. Yo no digo que pinto, yo hago manchas de pintura... las castigo frente a la pared hasta que me dicen algo, hasta que me hacen aflorar algún sentimiento o algo que ni yo misma veía de mí. (Pilar)

Además de como forma de expresión, Pilar utiliza también la escritura como técnica para identificar precisamente algunos de los signos de alerta en la fase prodrómica.

Claro, como estoy sola, no puedo comunicarlo a nadie... entonces lo comentas con el papel. Al cabo de unos días lo vuelves a leer y dices: "Mira, aquí me estoy repitiendo... me estoy machacando a mí misma".
(Pilar)

Nos explica que con anterioridad eran su marido y sus hijos quienes podían alertar de algunos pensamientos obsesivos que podía tener. El fallecimiento de él, y el hecho de que sus hijos ya no vivan con ella, la ha motivado a ejercitar el "lápiz y el papel", tal como nos expresa. Y, de hecho, en los momentos que no ha tenido capacidad para leer o escribir, ha echado mano de los audiolibros para poder trabajar la concentración. Nos recuerda, con entusiasmo, como en algunas etapas de su vida le han servido los cuentos de Jorge Bucay.

Y yo todos los días por la tarde, cogía un rato, me hacía un café y un cigarro, y me escuchaba un solo cuento. Y reflexionaba sobre ese cuento (...). Y ya te digo, me costaba mucho leer y no me concentraba, pero de esta manera trabajaba la concentración y la meditación.
(Pilar)

Por otro lado, Manuel señala la importancia que ha tenido para él la participación en un programa de empoderamiento llevado a cabo desde una entidad del tercer sector, mediante el cual ha podido realizar un ejercicio de reflexión y autoconocimiento.

Lo que más me ayudó a mí a irme autoconociendo fue la ayuda de la línea de la vida (...). Te haces como una visualización, como una gráfica para saber qué te ha estado pasando durante tu vida. (...). Y también puedes ir analizando cuando te pasa algo. O sea, ¿por qué me he puesto así en esta situación? ¿Por qué esta situación me causa malestar? ¿Por qué esta situación me crispa? ¿O no la soporto?
(Manuel)

Otra de las vertientes que le ha reforzado en el proceso es su pasión por la naturaleza que, si bien tiene un componente físico y deportivo, en este caso destaca por los efectos en el bienestar psicológico.

La montaña... el alpinismo... ha sido más filosófico que deportivo (...) cuando voy tengo una armonía con ella. Y me siento bien y trabaja mi cerebro (...). Y analizo muchas cosas que en otros ambientes soy incapaz (...). Dejo mi mente en blanco... si estás escalando una pared (...) los cinco sentidos los tienes en eso, ¿no? Pero tu cerebro sigue trabajando (...). Yo noto que me recupera muchísimo, y al día siguiente puedo estar superbien. (Manuel)

Concluimos el apartado con la reflexión de Teresa, quien, a pesar de los avances significativos que ha realizado en los últimos años, se aplica un método basado en la prudencia y la atención constante. Esto le ayuda, nos dice, a estar preparada para lo que pueda pasar. Así, en diferentes momentos de la conversación emplea la expresión *estar en guardia* para significar este aspecto.

Una cosa la tengo clara. Yo... decir... "recuperada" ... ¡no! (...). Lo que quiero decir es que nunca puedo bajar la guardia, ¿sabes? (Teresa)

5.2. La intervención desde el sistema de atención y sus profesionales

*"¿Sabes cuál fue mi suerte?
Que me mandaran a un hospital de día".
Teresa*

Tal como ya hemos apuntado, en esta investigación partimos de la idea que la recuperación de las personas afectadas por un TMG se produce a través de diferentes dimensiones y circunstancias sociales, y no solamente en aquellos contextos sanitarios y sociales dirigidos explícitamente a la atención de la salud mental. Este enfoque holístico es el que nos ha orientado, necesariamente, a tener una mirada amplia que nos permitiera estar atentos a los diversos aspectos que les suceden a nuestros informantes.

Dicho lo anterior, resulta obvio que el espacio desde el cual se prestan servicios y recursos de salud mental presenta, por su propia razón de ser, una voluntad de incidir positivamente sobre el bienestar de las personas que trata, impactando sobre los componentes de responsabilidad y control que venimos señalando en este apartado. Es por lo que era de nuestro máximo interés profundizar en él. Y es por este motivo que durante las entrevistas hemos tratado de que los participantes pudieran hablarnos acerca de su experiencia y valoración con el sistema de atención y las profesionales que lo integran. Una experiencia que, todos ellos, siguen manteniendo dada su vinculación a los centros de salud mental y adicciones (en adelante, CSMiA) para recibir atención ambulatoria. También todos presentan experiencia como usuarios de la atención hospitalaria, debido a ingresos que han tenido en unidades de agudos y, en algunos casos, de subagudos. Otros dos servicios que han frecuentado generalmente son el hospital de día y el servicio de rehabilitación comunitaria (en adelante, SRC). Y, en menor medida, encontramos la vinculación al servicio de club social, al servicio de apoyo a la autonomía al propio hogar y al hogar con apoyo. Entre los participantes, no hemos contado con personas con experiencia en servicios residenciales de salud mental, ni en servicios prelaborales o de tutela.

De esta manera, a continuación, trataremos de exponer las principales consideraciones que nos han expresado durante las conversaciones mantenidas. En primer lugar, aportamos los aspectos interpretados en clave positiva que, a los participantes, les ha aportado la vinculación a dichos servicios y recursos. Seguidamente, nos focalizamos de manera más concreta en las profesionales con las que han interactuado. Finalmente, apuntamos las consideraciones críticas que se han ido manifestando.

Iniciamos con Rubén, quien nos traslada efusivamente su buena valoración del SRC, al cual continúa asistiendo. En clave metafórica, resultan muy ilustrativas sus expresiones, refiriéndose a que el centro “le da vida” o que resulta “un puente” a la vida. Al mismo

tiempo que nos lo explica, manifiesta también cierta preocupación por la llegada del momento en que se tenga que desvincular de este.

El centro me da vida (...). Este servicio es un puente a la vida (...). Porque te ayudan a vivir y salir de allí (...). Yo, la verdad, no me gustaría marcharme nunca, porque me encuentro muy bien aquí... el estado de confort, como se dice, ¿no? (...). Pero llegará un momento en el que tendré que marcharme porque todo el mundo no puede estar aquí toda la vida. (Rubén)

En los mismos términos se refieren a este servicio Ana, quien ya no acude al SRC, y Juan, quien sí lo hace. En el caso de Ana, mantiene seguimiento en el CSMiA y en el servicio de atención psicológica. Por su parte, Juan, que sigue además con las visitas al CSMiA, destaca especialmente como en el SRC ha aprendido y fortalecido diversas capacidades que han redundado positivamente en su proceso.

El SRC me ha ayudado mucho. Poder ir a un centro a realizar actividades, y que tenga allí cada día un psicólogo a mi disposición, pues me ha ayudado mucho... (Ana)

Me han ayudado algunos talleres que he hecho con el SRC... relacionado con las emociones... con mis fortalezas. He podido identificar síntomas y formas de controlarlo (...). Y estrategias, sobre todo a nivel cognitivo... de memorizar al máximo. (...). Yo he ido mejorando muchísimo, muchísimo... (Juan)

Por su parte, Pilar valora especialmente el servicio de club social por ser un espacio de encuentro entre personas con una misma problemática, y en el cual, más allá de la presencia de las profesionales que actúan como facilitadores, ella valora especialmente las dinámicas de apoyo que se pueden obtener entre iguales. En la misma línea encontramos a Carmen y a Teresa, quienes también ponen en valor las estrategias, en este caso de grupo, realizadas en los servicios de salud en los que han estado.

El gran descubrimiento fue el de los clubs sociales... donde te hacen aflorar algo que tú sufres o que no conocías de ti misma (...). Me gusta más la palabra acompañar que ayudar (...). Y esta vertiente

de decir: "Yo he pasado por esto" o "Me estoy saliendo, y tú también puedes". Dar consejos y no juzgar... es muy importante. (Pilar)

Son terapias en las que puedes dar y recibir. Y entonces, te pueden decir: "Pues mira, yo veo esto, ¿no? Igual estás obcecada". Y lo explicas y después te dicen: "Pues yo lo veo de tal forma, podrías hacer esto". Y se dan muchas opciones de todos los que participamos... (Carmen)

En el caso de Teresa, que ha pasado por diversos servicios del sistema de salud, destaca por encima de todo la incidencia positiva que para ella tuvo su paso por el hospital de día. Antes de darse esta vinculación, nos explica, las crisis se repetían continuamente y ello comportaba ingresos hospitalarios reiterados, hasta que al finalizar uno de estos fue derivada a dicho servicio. Señala como el trabajo que allí realizó le permitió iniciar una reflexión inicial sobre su realidad personal y el sufrimiento psíquico que estaba padeciendo. Y a través del conocimiento que fue acumulando adquirió una cierta clarificación acerca de cuál era el camino que deseaba emprender para afrontarlo.

¿Sabes cuál fue mi suerte? Que me mandaran al hospital de día después de uno de esos ingresos que tuve. Y ahí yo empecé a ser consciente de que tenía un problema. Yo, a esas alturas, no sabía que tenía una enfermedad mental porque tampoco nadie me lo tenía explicado. Ahí me sentí muy protegida. Me ayudaron mucho. (Teresa)

Observamos como son aquellos servicios que prestan una atención próxima y continuada los que resultan más valorados por las personas, por encima de aquellos que lo hacen de manera esporádica. En este contexto es donde más se ponen en valor las figuras profesionales de la Educación y el Trabajo Social.

Claro, es que te ven día a día... es otra forma. Y ven el progreso. Conocen más a la persona... su progreso (...) y te pueden ayudar más... Es diferente la relación. Es más... cercana. Ya saben por dónde quieres ir y por dónde no quieres. (David)

Pasamos a continuación a exponer elementos más concretos, no ya de los servicios, sino de las profesionales que han formado parte de los procesos de recuperación de nuestros informantes. En este sentido, queremos resaltar, dentro de las principales líneas discursivas halladas, las características más representativas que se han manifestado en clave positiva. En un sentido general, consideramos que todas estas características convergen hacia la valoración de la capacidad técnica de las profesionales combinada con su dimensión humana.

De este modo, Rubén nos señala la capacidad que han tenido algunas profesionales de entablar diálogos con él en los que podía deliberar acerca de su situación y, fruto de ello, gozar de más puntos de vista y opciones que las que tenía antes de que se produjeran esas conversaciones. En el caso de Juan, nos habla del equipo técnico del SRC como su “familia” y siente que han tenido mucha empatía con él. En los mismos términos encontramos a David, Teresa o Carmen, quienes se sienten muy gratificados por la confianza que diversas profesionales les han otorgado durante su proceso. Este aspecto, nos cuentan, ha supuesto el paso previo y necesario para que recobraran la confianza y pudieran tomar de nuevo decisiones por sí mismos. Además, ponen el acento, de una manera singular, en la relación que tuvieron con ciertas profesionales, como elementos clave de su recuperación. En el caso de David, con su técnica referente del servicio de recuperación. Teresa, por su parte, menciona un psiquiatra, del cual siente que fue el único –en una etapa de crisis continuadas– que verdaderamente creyó en ella. También nos menciona otro aspecto que ha podido identificar en algunos técnicos y que ha valorado especialmente. Se trata de la capacidad de ofrecer un trato singular y adaptado a las necesidades que ha tenido en diversos momentos. Nos cuenta como, en muchas ocasiones, se ha encontrado con procedimientos e intervenciones estandarizadas que responden más a su etiqueta diagnóstica que a sus necesidades personales. En esta línea, Carmen se refiere a la importancia de que el profesional tenga la capacidad de generar una relación de confianza y de ajustarse a su ritmo de progresión.

Si tienes un espacio seguro, pues es mucho más fácil que te abras, que trabajes (...). Desde un vínculo sano... Mi cambio vino por su aceptación incondicional, y que confiara en mí, y estar siempre (...). La confianza, y que me diera tiempo... (Carmen)

La relación y el tiempo son también aspectos destacados por José, a lo que añade, como condición positiva, el hecho de mantener continuamente una misma estructura profesional en el servicio, así como un referente específico. En su caso, se refiere al SRC, donde sigue actualmente.

Me conocen de años, pues saben de dónde cojeo dijéramos, ¿no? Y si tengo algún tipo de problema o bajón, saben dónde atacar para ayudarme a salir adelante. Y esto pues es de agradecer. (José)

Entramos en el último punto del apartado, señalando las principales consideraciones críticas que hemos podido identificar durante el diálogo con los informantes. Nos referimos a: la escasez de tiempo en la atención sanitaria ambulatoria, la falta de seguimiento después de las altas hospitalarias, las experiencias negativas en los ingresos hospitalarios y la vulneración del principio de autonomía.

La falta de tiempo de atención, especialmente en el ámbito ambulatorio, es destacada por prácticamente todos nuestros informantes. Como muestra, aportamos los siguientes fragmentos de Rubén y David.

El psiquiatra que tengo actualmente (...) es simpático... es agradable. Lo que ocurre, es que... lo de siempre... tiene mucha gente y debe ir deprisa. Yo lo comprendo también. Pero bueno, a veces, en según qué conversaciones se necesita más tiempo para hablar y no cinco minutos... (Rubén)

Mira, ¿sabes cuál es el problema? Que con el psiquiatra (...) es que solo lo ves un cuarto de hora cada tres meses. (David)

En ambos casos se refieren al seguimiento psiquiátrico, si bien otro aspecto que se presenta aún más deficitario es la atención psico-

lógica. En el caso de Manuel, que inició también la atención psicológica en el sistema público, decidió pasarse a un servicio privado, dada la escasez con la que podía ser atendido.

Me ha ido muy bien la psicóloga que tengo, que desgraciadamente tiene que ser de pago, ¿no? O sea, porque no iba todo lo que me hubiera gustado ir [se refiere al servicio público]. (Manuel)

Su caso es particular, dado que cuenta con la posibilidad económica de contratar dicho servicio, pero debemos tener en cuenta que, en muchos casos, esto no es así.

Ligado con lo anterior, diversos informantes han señalado el vacío que han encontrado a menudo, en términos de seguimiento profesional, una vez fueron dados de alta de sus ingresos hospitalarios. En este sentido, indican el contraste de pasar de un contexto de protección y vigilancia continuada durante las veinticuatro horas del día, a otro –el alta hospitalaria– en el que ya no cuentas con un acompañamiento mínimo en el día a día. Lo expone Manuel.

El problema es que yo ingresaba, y cuando salía del ingreso, salía directamente otra vez al ruedo, sin ningún tipo de protección (...). El choque es brutal y para digerirlo (...). Entonces, es casi cantado volver. (Manuel)

En diversos casos, esta ausencia de apoyo profesional es interpretada como un claro factor de riesgo que, en algunas ocasiones, ha supuesto, para algunos informantes, otro ingreso hospitalario en un breve lapso de tiempo.

Precisamente en relación con los ingresos hospitalarios es donde se acumulan diversas vivencias negativas que nos son relatadas durante las entrevistas. Si bien existe un discurso amplio que reconoce la necesidad de abordar las crisis de una manera intensiva y especializada, y que incluso este abordaje deba comportar una estancia en régimen de hospitalización completa, ello no quita la necesidad de repensar algunas de las prácticas que los mismos participantes han experimentado. La sensación que domina cuando se

refieren a dichas unidades es la de un ambiente tendiente a la hostilidad, en el que parece bastante difícil de creer que vaya a conducir a un estado de estabilidad mental. En varias ocasiones han tenido inmovilizaciones mecánicas y químicas, y sienten que, si bien en esos momentos presentaban una alteración del sentido de la realidad y su capacidad de autogobierno estaba comprometida, algunas de las actuaciones que les han realizado han resultado desproporcionadas, vulnerando así aspectos fundamentales de la persona, como el respeto y la dignidad. Si bien señalábamos anteriormente que la dimensión humana de las profesionales y los servicios resulta un aspecto clave en la valoración que realizan las personas en favor de su proceso de recuperación, podríamos decir que, en este caso, están apelando a la necesidad de dotar de contenido humano a la forma en la que el sistema de atención en salud mental realiza el abordaje de las crisis agudas.

Finalmente, un último aspecto a destacar guarda relación con la percepción que han tenido los informantes, en diversos momentos, de recibir un trato entre paternalista y sobreprotector por parte de ciertos profesionales que comprometía su autonomía y agencia. En algunas situaciones, explican, han tenido la sensación de que estos se sobrepasaban con las decisiones a tomar en su proceso de recuperación. Lejos de entrar en una deliberación con ellos, han tomado un posicionamiento muy directivo en relación con algunas cuestiones que implicaban a la persona.

En diversas ocasiones durante las entrevistas, los informantes han apelado precisamente a su derecho a decidir y también, como consecuencia, a equivocarse. Es decir, a que se respete su proceso de toma de decisiones y la opción escogida, aunque esta pueda contravenir el criterio profesional. Recordamos aquí que ninguno de los participantes presenta ningún tipo de asistencia en el ejercicio de su capacidad jurídica. De diferentes modos, los siguientes fragmentos de Manuel y Pilar representan la postura que hemos tratado de explicar.

Cuando tú tomas una decisión y la cagas, te jode. Pero si alguien toma una decisión por ti, y la caga, entonces sí que te jode. (...) Lo que no puede ser es tratar a la gente con un problema de salud mental como un problema intelectual. (Manuel)

Muchas veces, la sensación es que si vas acompañado a la visita (...) pues se dirigen al acompañante y no se dirigen a ti. Esto ya crea una barrera, ¿vale? (Pilar)

5.3. El tratamiento farmacológico: rechazos, precauciones y aceptaciones

“Yo le tenía miedo a la medicación. Ahora ya no”.
Rubén

Encaramos en este último apartado un elemento que, históricamente, ha ocupado gran parte de la centralidad en el tratamiento en personas con TMG, como es el abordaje farmacológico. Este resulta especialmente intenso a partir de los años cincuenta del siglo anterior, momento en el que se abre la etapa de la psicofarmacología moderna con la introducción de los fármacos neurolépticos, ansiolíticos, antidepresivos, así como la aparición del litio para el manejo de los cuadros maníacos (López et al., 2000).

Todavía hoy la inercia histórica empuja a entender, de manera mayoritaria, las patologías mentales en términos de alteraciones neuroquímicas que se suceden en los cerebros de las personas y que pueden abordarse de una manera aislada a través de una práctica médica centrada en el síntoma. Así, si bien la perspectiva biopsicosocial mantiene una presencia formal en las políticas de salud mental establecidas a partir de las reformas psiquiátricas iniciadas en la segunda mitad del siglo pasado en Europa, una mirada atenta a lo que sucede en el día a día en el contexto de aplicación de esta muestra todavía un desequilibrio entre las tres dimensiones que la integran (Miranda, 2018).

Aunque la introducción de los psicofármacos se postuló como uno de los grandes avances de la medicina del siglo xx, y sin dejar de considerar la importancia que este proceder tiene en el tratamiento de los trastornos mentales, cabe destacar que el control sobre la sintomatología a la que se dirige continúa siendo parcial y limitada, a lo que se le suman los efectos secundarios a corto, medio y largo plazo que desencadenan dificultades para un amplio número de pacientes a la hora de ajustarse a las pautas farmacológicas que les son prescritas (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

En este sentido, los participantes del estudio no han resultado una excepción y, en todos los casos, la intervención farmacológica ha sido un elemento central desde la perspectiva biomédica desde la cual han sido tratados. Derivado del análisis que hemos realizado acerca de la experiencia mantenida por los participantes acerca de esta cuestión, ha emergido una línea discursiva predominante caracterizada por una evolución muy similar en todos ellos con respecto a su relación con la medicación y también con los facultativos que se la han prescrito.

De esta manera, situamos una trayectoria en la que destacan tres etapas diferenciadas. Una primera marcada por altas dosis de reticencia, sufrimiento y rechazo a este tipo de tratamiento. Una segunda, caracterizada por la confrontación y la negociación con los facultativos, así como por el inicio de un proceso de cierto ajuste y acomodación. Finalmente, en una tercera identificamos una fase de encaje y habituación en la que la medicación es integrada como un recurso vinculado a la estabilización y a la recuperación.

Como decíamos, el inicio acostumbra a estar determinado por el impacto que tiene la farmacología sobre sus destinatarios. Los efectos secundarios se hacen muy presentes a nivel físico y, en ocasiones, son vividos como impactos más negativos que los propios síntomas que se quieren aplacar, resultando así “peor el remedio que la enfermedad”.

Es que... la medicación que me metieron me sentó mal. O sea, me metieron Xeplion... Hostia, eso me desmontó... Recuperarte de eso, de los efectos secundarios... estuve un año que apenas podía hablar, no podía... ni un gesto... la cara... ni la gesticulaba, ni reír, ni nada. (David)

Rubén: Yo me sentía muy abrumado por la medicación. (Rubén)

Entre los principales efectos que señalan nuestros informantes,¹⁶ destacamos: el efecto de sedación, apatía, disminución de la capacidad de concentración, efectos extrapiramidales, disfunción sexual, temblores y rigidez, ataxia, cansancio, amenorrea y aumento de peso. En diversas ocasiones, el inicio del tratamiento se ha experimentado en términos de imposición en el marco del contexto hospitalario en el cual muchos de ellos han iniciado los tratamientos tras un ingreso.

Me dijeron... "Bueno, tienes este diagnóstico y debes tomar esta medicación". En ese momento me presentaron un medicamento que era un desastre. Aún era peor el remedio que la enfermedad. Tomaba Risperdal y, a mí personalmente, no me va bien. Pero tuve que estar aguantando ese medicamento durante un montón de tiempo. (Juan)

A consecuencia de dicha percepción de imposición, sumado a la dificultad de establecer un sentido a la situación que están experimentando durante las primeras fases agudas, la adherencia acostumbra a ser muy frágil en esta etapa, siendo habitual que una vez dados de alta se abandone la medicación, repitiéndose así un ciclo pernicioso de ingresos continuados y de ensanchamiento del rol de enfermo.

Y pensaba: "¿Yo medicarme? ¿Por qué?". Era muy reticente (...) cuando era joven. (...). Un par de veces me ingresaron por no tomar la medicación (...). (Jesús)

16 Recordamos que los diez participantes presentan diferentes diagnósticos psiquiátricos y, por tanto, la prescripción farmacológica difiere entre ellos. Sin embargo, apuntamos los efectos secundarios generales que nos han expresado, sin entrar en detalle acerca de su vinculación a uno u otro diagnóstico.

Con todo ello, nos parece muy apropiada la propuesta de Martínez-Hernández et al., (2020) en referirse al término *efectos adversos* en lugar de *efectos secundarios*, para destacar el impacto más amplio que sobrepasa la esfera clínica y supera el nivel físico del tratamiento farmacológico. Mediante este concepto, de carácter más comprensivo, se abarcan también los efectos de la farmacología generadores de sufrimiento y adversidad, más allá de las consecuencias establecidas en el propio cuerpo.

A esta primera etapa le acostumbra a seguir un periplo complejo en que, si bien la medicación empieza a interpretarse como un recurso que puede evitar las crisis o disminuir la intensidad, su ajuste continúa siendo complicado.

Cuando hace tiempo que tomas medicación pruebas un poco a ver qué pasa. Yo dejé de tomarla para ver si me encontraría bien (...). Lo probé, pero vinieron los episodios... y vi que no debía hacerlo. Cuando lo hice no se lo comuniqué a nadie... fue por mi cuenta y por mi cuenta volví a la medicación (...). Entonces yo entendí que tenía que tomarla (...). O sea que la medicación me favorecía en este caso a no tener tanto sufrimiento con los episodios. (Juan)

Lo que nos cuenta Juan resulta ampliamente generalizado. Los informantes realizan diversas pruebas con la medicación para percibir cuáles son los efectos.

Hay medicaciones que sí las he dejado por mí mismo. O sea, para dormir, la dejé. La medicación para según qué cosas, también la dejé. Lo único que nunca he dejado es la base, lo que sería el pilar... el antipsicótico, digamos. (David)

En el caso de Juan, después de un cambio en el tratamiento, advirtió que este aminoraba las crisis. En este sentido, en el balance de beneficios y perjuicios, Juan determinó que le resultaba más conveniente continuar con la dosis prescrita. En otros casos, en cambio, se percibe una ineficacia del tratamiento prescrito. Es el caso de Manuel, quien nos señala que estuvo tres años hasta que le “acertaron” con la medicación.

Yo al principio me tomaba la medicación estrictamente como me decían los médicos. O sea, estrictamente como me lo decían, pero veía que no me estaba ayudando en nada (...). Yo, a ver, si te digo la verdad, creo que cuando se tomaron interés lo hicieron bien. (Manuel)

Con la perspectiva del tiempo, Manuel nos plantea sus reflexiones acerca de su caso personal. En ellas destaca la voluntad de ser escuchado y tenido en cuenta en el abordaje del tratamiento que le sea prescrito, sobre el cual reconoce la dificultad técnica que puede suponer para los facultativos. A todo ello, añade que le hubiera gustado tener una mayor complicidad con sus doctores y sentir que podía hablar más sinceramente con ellos al respecto de esta cuestión y pactar las acciones a realizar.

Supongo que también es difícil, ¿no? Acertar con la dosis exacta, el medicamento exacto. Debe ser complicado. Yo no soy médico y no tengo ni idea. Pero sí soy paciente (...) y yo también sé lo que me va bien y lo que no. Y pocas veces te escuchan. Y a veces cuando hablas de los efectos secundarios... bueno... hay cientos de efectos secundarios, pero no recibes la escucha que deberías recibir. (Manuel)

Algo lejos de esa voluntad, su caso estuvo marcado por ciertas dosis de confrontación y negociación con estos. Este es un patrón que se repite entre nuestros informantes. En la mayoría de los casos, como apuntábamos, ellos mismos han realizado ajustes en la medicación sin consultarlo previamente, hasta encontrar un patrón acomodado.

Todas las personas con problemas de salud mental jugamos nosotros mismos con nuestra medicación (...). Y si hay alguien que vive engañado son los psiquiatras, porque todos les mentimos. Yo me la bajé muchísimo, pero muchísimo (...) tomaba seis pastillas y pasé a dos. Y sigo con eso. Yo a mí psiquiatra le digo: "Oye, yo me tomo esto". Tienes que ir con una política de hechos consumados (...). Ponen el grito en el cielo, pero... ¿y tomarme toda esta medicación no sería pernicioso? (Manuel)

En otros casos, el ajuste se ha producido en la propia relación entre médico y paciente, ya sea de una forma drástica, mediante la petición de cambio de facultativo por parte del paciente, o bien por la propia evolución que este ha tenido. El primero es el caso de Teresa, que nos cuenta la tensión inicial con su facultativa dado que era totalmente contraria a realizar una disminución del tratamiento prescrito. Ante esta negativa, Teresa se rebajaba, en algunas ocasiones, ella misma la medicación y, en otras, la abandonaba, lo cual le suponía, tal y como nos señala, nuevas recaídas.

La doctora no estaba de acuerdo con rebajar la medicación. Y yo por mi cuenta me la fui rebajando un poco (...). Yo creo que muchas de las recaídas que tenía eran porque dejaba la medicación. Cuando dejas la medicación, buf... yo pienso que era por eso. Te digo mi experiencia, ¿vale?, de dejarla de golpe. (Teresa)

La modificación del facultativo ha conllevado para ella un cambio en positivo, dado que tiene la posibilidad de entrar en un proceso de diálogo con este y en el cual siente un mayor control sobre su proceso.

Sí. Hablo con él y pactamos. (...) A mí lo que me gusta es que vamos hablándolo todo. (Teresa)

Entramos en la última de las etapas que describe la situación actual de nuestros informantes. En ella observamos una tendencia general caracterizada por el hecho de, una vez transitadas las etapas anteriores, haber integrado y acomodado la medicación en sus rutinas cotidianas.

Bueno, estoy muy habituado, es como hacer algo más durante el día. (Juan)

En el mejor de los casos, como el de Jesús, la adaptación a lo largo del tiempo ha comportado una progresiva disminución de los efectos secundarios de la medicación.

Pero después también he tenido la suerte, si puede decirse así (...) que ya no me produce efectos secundarios, soy muy funcional. (Jesús)

El entendimiento que de esta se hace ha evolucionado hasta convertirse ahora en un recurso que puede contribuir a la estabilidad, juntamente con el resto de las habilidades y capacidades de las que los informantes han ido apoderándose a lo largo del tiempo.

Ahora lo identifico como un soporte (...) es un apoyo la medicación. (Carmen)

Yo sin medicación no podría vivir. Bueno, sí... podría vivir, pero estaría todo el día ingresado (...). Yo le tenía miedo a la medicación y ahora ya no. (Rubén)

Tengo muy claro que la medicación es sagrada (...). Está integrada en mí (...). (María)

Así, el marco de interpretación en referencia a la farmacología se inserta en unos parámetros de habituación y normalidad. La siguiente cita literal de Manuel, quien se ha expresado de manera crítica en las etapas anteriores, representa un ejemplo al respecto:

Yo no digo que tengas que sobremedicarte, pero al igual que un diabético tiene que tomar insulina... (Manuel)

La adecuación a la que han llegado los informantes en esta tercera etapa puede entenderse como un factor que incrementa el control sobre sus propias vidas y favorece la responsabilidad en el manejo de su proceso vital. De esta manera, la medicación –con el conocimiento de sus efectos negativos y positivos, y su necesario ajuste– llega a considerarse como un recurso potencialmente recuperador, entre muchos otros.

Cuarta parte

Conclusiones

6. Aportaciones

Iniciamos esta última parte realizando un compendio de los hallazgos más sustanciales de la investigación. Para ello, seguimos el orden utilizado durante el proceso analítico, esto es, a partir de los tres ejes temáticos señalados: la identidad, el rol, y la responsabilidad y el control.

En relación con la identidad:

- La vivencia del sufrimiento mental necesita ser reinterpretada por la persona para poder resarcirse y proyectarse positivamente hacia un futuro. Ello implica dotar de un sentido biográfico la experiencia derivada de la enfermedad y darle un acomodo en la vida del sujeto. Esta es una evolución que requiere, necesariamente, de tiempo y perspectiva. En nuestro caso, el hecho de establecer un período mínimo de ocho años desde el diagnóstico para la inclusión en el estudio ha comportado que este factor ya estuviera presente de facto.

Derivado de los discursos de los informantes señalamos que, de manera inicial, la aparición del trastorno genera incompreensión, miedo y angustia. Un sufrimiento lógico como consecuencia de la ruptura biográfica y el quebrantamiento de la identidad. A ello acostumbran a sucederle episodios de negación y de rabia una vez se establece el diagnóstico y se consolida el impacto del trastorno sobre las diversas áreas de la persona.

La perspectiva del tiempo, la propia capacidad y las ayudas (formales e informales) que la persona pueda recibir son elementos que permiten orientar un curso de comprensión y entendimiento acerca de lo sucedido en su vida. Para ello, observamos que los informantes dan respuesta a cuestiones tales como: ¿qué me pasa?; ¿por qué me pasa?; ¿qué significa este acontecimiento para mí?; ¿cómo lo manejo y continuo con mi vida?

Este resulta un ejercicio de reflexión, aprendizaje y sinceridad con uno mismo, en el que también se incorporan dosis de desconocimiento e incertidumbre acerca de lo que cabe aún explicarse. Sin embargo, señalamos que lo importante es enderezar una buena orientación a través de la cual se pueda seguir construyendo una historia con sentido.

- Entre los diversos elementos que permiten a las personas la posibilidad de reconfigurar su identidad, queremos destacar el uso del lenguaje y, en concreto, del lenguaje metafórico. En diversos casos hemos identificado esta habilidad discursiva entre los participantes, que les posibilita tener una mayor capacidad de control sobre su narrativa identitaria. A su vez, este lenguaje da la oportunidad de alejarse de los marcos mentales tradicionales y estigmatizantes acerca de la enfermedad mental y proyectar otros mucho más favorables. De este modo lo hemos podido constatar cuando Pilar hacía referencia a la salud mental en términos de una instalación eléctrica. O cuando Manuel empleaba la metáfora del marinero. En ambos casos, el lenguaje metafórico que utilizan resulta generador de un nuevo sistema conceptual que incide en la manera de comprender el fenómeno de las patologías mentales y la situación de las personas diagnosticadas.
- Otro aspecto singular que contribuye favorablemente a reconfigurar la identidad en nuestros participantes ha sido el hecho de hacer frente al estigma y el autoestigma. En muchas ocasiones, esto se ha producido gracias a la interacción con otras personas, ya sean profesionales o grupos de iguales. Subrayamos el hecho de que este surgimiento se desarrolle en espacios en los que se pueden establecer relaciones de identificación grupal y colectiva que vencen la vivencia individual y uniforme experimentada hasta ese momento. Como consecuencia de dicha interacción, se establecen nuevas formas de comprender el fenómeno y a uno mismo, que permiten a la persona reestructurar la percep-

ción que hasta ese momento tenía. En algunos casos, el vuelco de la situación es tal que, lejos de interiorizar una evaluación negativa derivada del control social del estigma, surge un sentimiento de orgullo, honra y dignidad por el proceso positivo realizado en el que se han logrado superar las expectativas ligadas a la condición de diagnosticados.

En relación con el rol:

- Un elemento básico que hallamos entre los informantes es la capacidad que han desarrollado para desprenderse del rol de enfermo. En términos generales, el proceso que han realizado no es de restitución a su condición previa –estándar de normalidad– antes del diagnóstico. Tampoco lo es de reanudación de objetivos vitales previos a la aparición de la enfermedad. En la mayoría de los casos, nos hemos encontrado con personas que han tenido que reajustar sus planes de vida y adaptarse a unas nuevas circunstancias de la manera más armoniosa y significativa posible.

Cabe destacar que, en el pasado, el espacio educativo y laboral posibilitaba, para gran parte de ellos, una construcción de rol muy importante antes de la aparición del trastorno. En general, este ha sido un espacio que ha perdido gran parte de su relevancia y que, en la actualidad, presenta más vinculación con el pasado que con el presente y futuro. Este hecho se opone, o cuanto menos matiza, una idea extendida en el ámbito de la rehabilitación de las personas con problemas de salud mental, en la que el retorno a una actividad laboral de carácter productivo se convierte en una pieza clave para el restablecimiento de la persona.

Los espacios de socialización que, actualmente, ocupan la centralidad entre los participantes se vinculan con el ocio, las relaciones personales, la familia, el activismo y la cultura, principalmente. Apreciamos que no parece que

haya espacios más válidos que otros para el desarrollo de roles significativos que orienten un buen proceso de recuperación. Lo importante es que, sean los que sean, promuevan los intereses de la persona, su salud y bienestar, y se alejen de las lógicas negativas asociadas a la discapacidad y la patología.

¿Cómo explicar el hecho de que nuestros informantes hayan sido capaces de desplegar nuevos roles significativos en sus vidas dejando empujado el rol de enfermo? La respuesta que podemos ofrecer se apoya en algunas hipótesis incipientes. Una de ellas la vinculamos a la dimensión psicológica, basada en la conformación de unas cualidades personales que han facilitado dicho reajuste y entre las que destacamos: la vitalidad, la constancia, la reflexión y la curiosidad.

- Ligado a la creación de nuevos roles significativos, encontramos la vinculación de buena parte de los informantes al activismo en salud mental, así como a dinámicas de ayuda entre iguales. En ambos casos, lo relevante en este proceso es la capacidad para transformar su experiencia subjetiva con respecto a la enfermedad mental en conocimiento. Un conocimiento que bien puede ser utilizado para realizar un acompañamiento a otras personas diagnosticadas que se encuentran en fases más incipientes del proceso de recuperación, o para la sensibilización y formación del conjunto de la sociedad.
- En todos los casos encontramos la influencia de personas concretas que se han identificado como beneficiosas en el proceso de reconfiguración del rol y, por tanto, de impulso en el proceso de recuperación. Entre estas destacan: padres, hermanos, parejas, amistades y profesionales. De ellas se pone en valor la disponibilidad de tiempo para la ayuda, el acompañamiento, la comprensión, la aceptación, así como también en algunos casos la supervisión y la contención, cuando esta ha sido necesaria. Mencionamos un aspecto que consideramos especialmente relevante y que se detecta como implícito en dicha influencia

beneficiosa que ejerce el entorno. Se trata de la proyección de expectativas positivas sobre la persona y sus potencialidades.

En relación con la responsabilidad y el control:

- Para la recuperación resulta importante el proceso mediante el cual la persona aprende a convivir con las derivadas de la enfermedad y siente que, progresivamente, aumenta su capacidad de control sobre esta y sobre su propia vida. Dicho aprendizaje no se ciñe únicamente a los aspectos sintomatológicos asociados a la patología y al impacto más cercano que este conlleva, sino que va más allá y tiene que ver, en un sentido amplio, con aspectos biográficos, vitales y existenciales. En este sentido, destaca la reflexión acerca de las relaciones con los demás y los diversos cambios que se puedan originar (especialmente en el ámbito familiar), así como la introspección y el autoconocimiento. En términos más concretos, los informantes indican también otras aptitudes que han desarrollado, como son el cultivo de la paciencia, la capacidad para relativizar, el sentido del humor, la posibilidad de identificar pródromos y de pedir ayuda.

El desarrollo de dichas aptitudes se ha realizado a partir de rutinas y técnicas que las personas han ido elaborando y de las que se han ido apropiando a lo largo del tiempo. Aspectos como la lectura, la escritura o la pintura, en el plano intelectual y artístico; la participación en programas específicos en servicios de salud mental; u otros en apariencia menores, como preparar previamente las visitas de seguimiento en el centro de salud, son algunos de los ejemplos que ilustran dicho desarrollo.

- En términos generales, los informantes realizan un reconocimiento a la incidencia positiva que supone la intervención del sistema de atención en salud mental sobre su proceso de recuperación. Observamos como son aquellos servicios que prestan una atención más próxima y conti-

nuada los que resultan más valorados por las personas, por encima de aquellos que lo hacen de manera ocasional. Sin embargo, aparecen también elementos críticos en cuanto a la provisión que realiza el sistema. Entre los aspectos más destacados situamos: la escasez de tiempo en la atención sanitaria ambulatoria, la falta de seguimiento después de las altas hospitalarias, las experiencias negativas en los ingresos hospitalarios y la vulneración, en algunos casos, del principio de autonomía.

En lo que respecta, no ya a los servicios del sistema, sino directamente al conjunto de profesionales que prestan dichos servicios, se han manifestado diversas características en clave positiva en aras a la recuperación. En un sentido general, dichas características convergen hacia la valoración de la competencia técnica de los profesionales combinado con su dimensión humana. De este modo, la capacidad que han tenido algunas profesionales de crear climas de diálogo que posibilitaran la deliberación y la toma de decisiones compartidas ha sido especialmente valorado. También lo ha sido la capacidad de crear una relación segura y de confianza, sumado a la posibilidad de respetar los tiempos que cada persona necesita para avanzar en su proceso.

- La intervención farmacológica resulta un aspecto central desde la perspectiva biomédica en la cual han sido tratados los informantes del estudio. Derivado del análisis que hemos realizado acerca de la experiencia mantenida por los participantes en esta cuestión, ha emergido una línea discursiva predominante caracterizada por una evolución muy similar en todos ellos.

De esta manera situamos una trayectoria en la que destaca una primera etapa marcada por la reticencia y el rechazo ante los efectos adversos del tratamiento, a lo que se suma la dificultad de establecer un sentido a la situación que están experimentando durante las primeras fases agudas, que supone, a su vez, una débil adherencia. A esta etapa le acostumbra a seguir una siguiente carac-

terizada por el inicio de un proceso de ajuste y acomodación que, sin embargo, se efectúa con altas dosis de confrontación y negociación con los facultativos. Fruto de la anterior, en una tercera etapa emerge un proceso de encaje en la que la medicación es entendida –juntamente con el resto de las habilidades y capacidades de las que los informantes han ido apoderándose durante el proceso– como un recurso más vinculado a la estabilización y a la recuperación.

7. Reflexiones y continuidad

A partir de esta investigación hemos tratado de realizar un cambio de mirada hacia el estudio de los procesos que siguen las personas con aquellos diagnósticos de salud mental más graves. Para ello hemos optado por focalizarnos en los casos que presentan una evolución positiva en su proceso vital, tratando de conocer los factores que han impulsado dicha consecución. Somos conscientes que determinar qué significa un caso de éxito en salud mental resulta una decisión crítica, por cuanto no es una cuestión de sentido común evidente, sino de elección teórica. En nuestro caso, hemos optado por una propuesta específica, como es el enfoque basado en la recuperación, el cual nos ha ofrecido un marco interpretativo de la realidad, así como un planteamiento operativo a través del cual poder desarrollar la investigación.

Si bien en apartados anteriores hemos intentado razonar esta elección, nos gustaría añadir aquí nuestro convencimiento de que este enfoque plantea un muy buen encaje con los principios y la finalidad del Trabajo Social. En primer lugar, por su impronta humanista. Trasladada al terreno profesional, esta impronta se traduce en la posibilidad de potenciar las capacidades de las personas con las que trabajamos, al tiempo que las acompañamos durante las diferentes fases que acontecen. En segundo lugar, por la mirada constructiva y esperanzadora que proyecta sobre las personas diagnosticadas. Así, y sin perder de vista las dificultades que, a un nivel clínico, estas patologías conllevan para quien las padece, se establece la necesidad de seguir abordando el conjunto de barreras sociales que continúan siendo generadoras de sufrimiento. Y, en tercer lugar, por la voluntad de profundizar en un cambio cultural apremiante. Esto es, de una visión paternalista, en la cual se observan las personas diagnosticadas con un TMG como sujetos a proteger, a otra, en la que estos deben tener posibilidades reales de decidir acerca de la orientación de sus procesos y, por consiguiente, de sus vidas.

De esta manera, la incorporación de dicho enfoque en el estudio nos ha permitido interesarnos más por las personas que por sus diagnósticos. Ello nos ha transportado hacia dimensiones que, si bien pueden resultar algo abstractas en su inicio, entendemos que resultan fundamentales para la intervención social en salud mental. Es, en último término, sobre esos espacios tan comunes –para todas las personas, y no solo para aquellas diagnosticadas– como la identidad, el rol y la posibilidad de control sobre la propia vida, que acontecen las experiencias significativas que permiten tener la posibilidad de construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción. Así, a través de sus descripciones, hemos observado que la recuperación se construye de manera singular a través de un proceso de aprendizaje en el que la personas son capaces de hacer aflorar sus motivaciones y aspiraciones, a pesar de la presencia, más o menos recurrente, de la patología.

Desde un punto de vista de interés profesional, los relatos ofrecidos por los diez informantes nos han permitido entender, con mayor claridad, que los procesos de intervención deben centrarse mayoritariamente en la persona, así como en su implicación activa en el proceso de recuperación. Para propiciar este último aspecto señalamos la conveniencia de crear climas de confianza en la relación profesional. En tal sentido, resulta pertinente destinar un tiempo de calidad –ajustado y flexible– que venga acompañado de la capacidad para crear expectativas positivas en el proceso.

La toma en consideración de este enfoque supone también un esfuerzo profesional para mantener una posición crítica a lo largo del proceso de acompañamiento. Para ello, puede resultar provechoso mantener abiertas durante la intervención preguntas que permitan preservar dicha posición. Algunas de estas pueden plantear si se está ayudando a la persona a reorientar positivamente su vida; si se está favoreciendo que identifique sus propios intereses; si se proyecta una mirada positiva hacia sus capacidades; si se la está conectando con otras personas, recursos y redes que fortalezcan su capital social.

Como advertimos en la introducción, esta ha sido una propuesta de investigación humilde y con un alcance limitado. Por lo tanto, su continuidad pasa por ampliar la muestra de informantes para –a través de la estrategia idiográfica establecida– seguir realizando una descripción en profundidad que nos permita extender y fundamentar, con mayor crédito, las aportaciones que aquí realizamos.

De igual forma, nos planteamos ampliar el objeto de investigación –centrado inicialmente en las personas– y dirigirlo hacia los entornos que pueden resultar favorables a la recuperación. En concreto, pretendemos focalizarnos en los entornos profesionales insertados en el sistema público de atención a la salud mental, partiendo de la hipótesis que aquellos servicios que apoyarían de una forma más efectiva el proceso de recuperación lo estarían haciendo dado que fundamentan su actuación en elementos clave para alcanzar dicha finalidad. Nos referimos a: la singularización de la intervención social que prestan; el fomento de la participación de las personas usuarias en la toma de decisiones; la transformación de la experiencia acumulada por las personas que realizan buenos procesos de recuperación, en conocimiento provechoso para ella, así como para otras personas situadas en una fase inicial de la recuperación.

En definitiva, nuestra propuesta de continuidad pasa por seguir profundizando en este cambio de mirada orientado hacia la recuperación de las personas afectadas por un TMG, y hacerlo a través de las posibilidades que nos ofrece nuestra disciplina, el Trabajo Social.

8. Referencias bibliográficas

- Andresen, Retta; Oades, Lindsay, y Caputi, Peter. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Anthony, William. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Berenguera, Anna; Fernández de Sanmamed, M.^a José; Pons, Mariona; Pujol, Enriqueta; Rodríguez, Dolors, y Saura, Sílvia. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol).
- Borg, Marit, y Kristiansen, Kristjana. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505. <https://doi.org/10.1080/09638230400006809>
- Brunet, Ignasi; Pastor, Inma, y Belzunegui, Ángel. (2002). *Tècniques d'investigació social*. Pòrtic.
- Burns, Tom; Catty, Jocelyn; White, Sarah; Becker, Thomas; Koletsi, Marsha; Fioritti, Angelo; Rössler, Wulf; Tomov, Toma; van Busschbach, Joeske; Wiersma, Durk, y Lauber Christoph, para EQOLISE Group. (2009). The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 949-58. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn024>
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2021, marzo 04). *Avance de resultados del estudio 3312 Encuesta sobre la salud mental de los españoles durante la pandemia de la COVID-19*. Recuperado 14 agosto 2024, de <https://www.cis.es/-/avance-de-resultados-del-estudio-3312-encuesta-sobre-la-salud-mental-de-los-espanoles-durante-la-pandemia-de-la-covid-19>
- Chandler, Daniel, y Munday, Rod. (2011). *A dictionary of media and communication*. Oxford University Press.

- Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. (2000). *Codi Deontològic*. Recuperado 14 agosto 2024, de <https://www.tscat.cat/download/web/CodiDeontologicTSCAT.pdf>
- Conejo, Sonia; Moreno, Patricia; Morales, Jose Miguel; Alot, A.; García-Herrera J. M.; González, M. J.; Quemada, C.; Requena, J., y Moreno, Berta. (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: Un estudio cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(2), 223-233. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000200005>
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña. (2023). *La situación de la salud mental en España*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña.
- Consejo General del Trabajo Social. (2001). *Estatuto de la profesión de diplomado/a en Trabajo Social / Asistente Social*. Consejo General del Trabajo Social.
- Correa-Urquiza, Martín. (2014). La irrupción posible del saber profano: hacia una construcción colectiva del conocimiento en salud mental. *Temps d'educació*, 47, 83-95.
- Correa-Urquiza, Martín. (2018). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 567-585. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352018000200012
- Correa-Urquiza, Martín, y Pié, Asun. (2017). *Capturas e itinerarios de la locura*. Editorial UOC.
- Corrigan Patrick, y Watson, Amy. (2006). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology Science and Practice*, 9, 35-53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011. DOGC núm. 5738 (2010).
- Falck, Hans S. (1990). Social work in medical health settings. Introduction. *Social Science & Medicine*, 31(1), 1-4. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90002-a](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(90)90002-a)
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2014). *Definición global de Trabajo Social*. Recuperado 14 agosto 2024, de <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2018, agosto 2). *Declaración global de los principios éticos del Trabajo Social*. Recuperado 14 agosto 2024, de <https://www.ifsw.org/declaracion-global-de-los-principios-eticos-del-trabajo-social/>

- Ferreira, Miguel. (2008). Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 124(1), 141-174.
- Filipova, Tsevetelina; Kopsieker, Lisa; Gerritsen, Erik; Bodin, Eloise; Brzezinski, Barstoz, y Rubio-Ramirez, Oriana. (2020). *Mental health and the environment: How European policies can better reflect environmental degradation's impact on people's mental health and well-being*. European Environmental Policy (IEEP) y Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal).
- Funk, Michelle; Drew, Natalie; Freeman, Melvyn, y Faydi, Edwige. (2010). *Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable*. Organización Mundial de la Salud.
- Garcés, Eva María. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.
- Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. (2020). *Atenció a la salut mental i addiccions*. Recuperado 14 agosto 2024, de <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-salut-mental-addiccions/>
- Giner, Salvador; Lamo de Espinosa, Emilio, y Torres, Cristobal. (2006). *Diccionario de Sociología*. Alianza Editorial.
- Goffman, Erving. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.
- Goldberg, Ximena; Ramírez, Oriana; Vand den Bosch, Matilda; Liutsko, Liudmila, y Briones, Berta. (2021). ¿Es la salud mental la pandemia después de la COVID-19? Instituto de Salud Global de Barcelona, ISGlobal.
- Gómez, Carmen, y Zapata, Ricardo. (2000). *Psiquiatría, salud mental y trabajo social*. Ediciones Eunate.
- Good, Byron. (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Edicions Bellaterra.
- Gracia, Diego. (2010). La construcción de la salud: hechos, valores, deberes. (Conferencia realizada en el XI Congreso Internacional de Grupo, Psicoterapia y Psicoanálisis. Segovia, 2010). Fundació CCSM. Recuperado 14 agosto 2024, de <https://fccsm.net/wp-content/uploads/2013/01/construccion-salud.pdf>
- Grup de Treball de Salut Mental del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. (2016). *Intervenció de Treball Social en Salut Mental*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. Recuperado 14 agosto

2024, de https://www.tscat.cat/download/PublicacionsTSCAT/intervencio_salutmental.pdf

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05.
- Hernández, Beatriz. (2013). El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo: Una reflexión sobre el papel de las familias. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social*, 52, 314-325.
- Howe, David. (1999). *Dando sentido a la práctica. Una introducción a la teoría del trabajo social*. Maristán.
- Huertas, Rafael. (2011). En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31, 437-456.
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Encuesta Europea de Salud en España: Año 2020*. Recuperado 14 agosto 2024, de https://www.ine.es/prensa/eese_2020.pdf
- Ituarte, Amaya. (1992). *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Siglo XXI.
- Lakoff, George. (2007). *No pienses en un elefante: Lenguaje y debate político*. Editorial Complutense.
- Lakoff, George, y Johnson, Mark. (1986). *Metáforas de la vida cotidiana*. Cátedra.
- Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales. DOGC núm. 4990 (2007).
- Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria. DOGC núm. 1324 (1990).
- López, Francisco; Alamo, Cecilio, y Cuenca, Eduardo. (2000). La "década de oro" de la psicofarmacología (1950-1960): trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. *Psiquiatría*, 4(3), 1-25.
- López, Marcelino; Laviana, Margarita; Fernández, Luis; López, Andrés; Rodríguez, Ana María, y Aparicio, Almudena. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación*

Española de Neuropsiquiatría, 28(1), 48-83.

- Lorant, Vincent; Deliège, Denise; Eaton, W., Robert, A., Philippot, Pierre, y Anseau, M. (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112. <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwf182>
- Lundin, Andreas, y Hemmingsson, Tomas. (2009). Unemployment and suicide. *Lancet*, 374, 270-271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61202-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61202-2)
- Martínez-Hernández, Angel. (2010). Dialógica, etnografía y educación en salud. *Revista de saúde pública*, 44, 399-405. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000016>
- Martínez-Hernández, Angel; Pié, Asun; Serrano, Mercedes; Alegre, Elisa; Morales, Nicolás; Cela, Xavier; Bekele, Deborah; García-Santemases, Andrea, y Correa-Urquiza, Martín. (2020). Crónica de un desencuentro: La medicalización de la psicosis y sus laberintos en la Cataluña urbana. En: María Epele (Comp.), *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento* (pp. 79-102). Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.
- Mead, Shery, y MacNeil, Cheryl. (2006). Peer support: What makes it unique. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 29-37.
- Mejía, Julio. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 1, 47-60.
- Merton, Robert. (1995). *Teoría y estructura sociales*. Fondo de Cultura Económica.
- Miranda, Xavier. (2018). Consideraciones estructurales para la intervención en salud mental: pobreza, desigualdad y cohesión social. *Trabajo Social Global - Global Social Work*, 8(14), 108-124. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v8i14.6377>
- Morañas, Ricardo. (1976). Enfoque sociológico de diversas concepciones de salud. *Papers: Revista de Sociología*, 5, 31-54. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v5n0.913>
- Onken, Steven; Craig, Catherine; Ridgway, Priscilla; Ralph, Ruth, y Cook, Judith. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9-22. <https://doi.org/10.2975/31.1.2007.9.22>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *El contexto de la salud mental*. Editores Médicos, S. A. (EDIMSA).

- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones específicas y opciones políticas*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Breaking the vicious cycle between mental ill-health and poverty*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa.
- Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2022b). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª edición*. Recuperado 14 agosto 2024, de <https://icd.who.int/es>
- Parsons, Talcott. (1951). *The Social System*. Routledge.
- Perkins, Rachel. (2006). First person: "you need hope to cope". En Glenn Roberts, Sarah Davenport, Frank Holloway y Theresa Tattan (Eds.), *Enabling Recovery: The Principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry* (pp. 112-126). Gaskell.
- Red de Salud Mental de Bizkaia y Universidad de Deusto. (2017). *Evaluación del modelo de recuperación en la atención a personas con trastorno mental grave en la Red de Salud Mental de Bizkaia. Proyecto REE Bizkaia*. Trabajo no publicado, Universidad de Deusto.
- Repper, Julie, y Perkins, Rachel. (2003). *Social Inclusion and Recovery*. Balliere Tindall.
- Riba, Carles-Enric. (2010). *Tècniques d'anàlisi de dades qualitatives*. Fundació Universitat Oberta de Catalunya.
- Roberts, Glenn, y Wolfson, Paul. (2004). The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(1), 37-49. <https://doi.org/10.1192/apt.10.1.37>
- Rosenthal, Robert; Jacobson, Lenore. (1968). Pygmalion in the classroom. *The urban review*, 3(1), 16-20. <https://doi.org/10.1007/BF02322211>
- Ruiz-Olabuénaga, José Ignacio. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.
- Scott, John, y Marshall, Gordon. (2009). *A Dictionary of Sociology*. Oxford University Press.
- Shepherd, Geoff; Boardman, Jed, y Slade, Mike. (2008). *Making recovery a*

reality. Sainsbury Centre for Mental Health.

- Slade, Mike. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals (Values-Based Practice)*. Cambridge University Press.
- Slade, Mike. (2013). *100 ways to support recovery*. Rethink Mental Illness.
- Sobrino, Teodosia, y Rodríguez, Abelardo. (2007). *Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Editorial Síntesis.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA. (2012). *SAMHSA's Working Definition of Recovery*. Department of Health and Human Services.
- Suess, Amets; Tamayo, María Isabel, y Bono del Trigo, Águila. (2015). *Planificación anticipada de decisiones en salud mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado 14 agosto 2024, de https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/Guia%20PAD%20SM_2020_0.pdf
- Thornicroft, Graham; Mehta, Nisha; Clement, Sarah; Evans-Lacko, Sara; Doherty, Mary; Rose, Diana; Koschorke, Mirja; Shidhaye, Rahul; O'Reilly, Claire, y Henderson, Claire. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination in the medium and long term: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 207(5), 377-84. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.151944>

ANEXOS

Anexo 1. Ficha de propuesta de candidatos/as a participar en el proyecto

Indicadores asociados a un proceso de recuperación positivo*

	Valore desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 4 (totalmente en acuerdo).			
	1	2	3	4
1. La persona se siente cómoda con su vida y proyecta un sentido positivo de su identidad.				
2. La persona participa en actividades (productivas o no productivas) que le resultan significativas.				
3. La persona tiene un nivel de conciencia y de conocimiento alto del trastorno que tiene diagnosticado.				
4. La persona tiene capacidad para la autoreflexión con relación al trastorno y a su situación personal.				
5. La persona tiene capacidad para gestionar responsablemente la sintomatología y las crisis que se le presentan.				
6. La persona tiene capacidad para utilizar sus competencias y habilidades personales en la vida cotidiana.				
7. La persona tiene una red de relaciones y apoyo a la que puede acceder cuando lo necesita.				
8. La persona presenta motivación con relación a su proyecto de vida futuro.				
SUMATORIO				

Fuente: Elaboración propia a partir de Red de Salud Mental de Bizkaia y Universidad de Deusto (2017).

***Se establece una puntuación mínima de 24 puntos para la consideración de caso de éxito en materia de recuperación en salud mental.**



Altres títols de la col·lecció

Premi Dolors Arteman (Millor proposta de recerca realitzada)

- PDA XI** - Voluntariat i professionals: sinèrgies en el tercer sector social
- PDA X** - El trabajo social en acción. Práctica profesional en los servicios sociales básicos. Un estudio de caso de Tarragona (2011-2016)
- PDA IX** - Treball social en salut mental. Una anàlisi de la disciplina i la identitat professional a Catalunya
- PDA VIII** - Intervenció comunitària i rol dels professionals als serveis socials a Barcelona (Catalunya) i Mont-real (Quebec). Una anàlisi comparada
- PDA VII** - Vic, ciutat amiga de les persones grans. Converses ciutadanes per al segle XXI
- PDA VII** - Un modelo penitenciario inspirador de resiliencia. La unidad terapéutica i educativa (menció especial)
- PDA V** - Experiència d'ús i resultats d'una escala de valoració sociofamiliar en ancians
- PDA IV** - ¿Se puede? Trabajo Social en domicilios de ancianos

Premi Dolors Arteman (Millor recerca a realitzar)

- PDA IX** - Qui governa els serveis socials en el món local
- PDA VIII** - La intervenció social amb famílies en situació de cronicitat en els Serveis bàsics d'atenció social
- PDA VII** - Amarrados a la Stultifera: Sobre viejos, locos y trabajadores sociales
- PDA VI** - Impacte en les famílies de Lleida dels canvis en la renda mínima d'inserció



XI Premi de recerca en Treball Social “Dolors Arteman”

Recerca a realitzar

Esta investigación examina los factores que han impulsado la consecución de diez procesos de recuperación positivos en personas afectadas por un trastorno mental grave. A través de una metodología cualitativa, profundizamos en los tres elementos que adquieren mayor significación a lo largo del estudio. El primero trata sobre la identidad y la necesidad de dotar de un sentido biográfico la experiencia derivada de la enfermedad. El segundo se centra en la importancia de desprenderse del rol de enfermo. Un último elemento se relaciona con la capacidad de aumentar el control sobre la propia vida.



tscat.cat

Con el apoyo de:



Generalitat de Catalunya
**Departament
de Drets Socials**



**Diputació
Barcelona**



Ajuntament de L'Hospitalet