



Tesis Doctoral

Departament d' Antropologia Social i Cultural

**EN EL BOULEVARD
DE LOS SUEÑOS ROTOS**

Estudio de caso sobre la enfermedad mental y su
tratamiento en una unidad psiquiátrica de agudos

Ma. Isabel Márquez Romero

Director: Dr. Aurelio Díaz Fernández

Octubre 2015

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis doctoral es fruto de un esfuerzo en el cual han participado directamente o indirectamente distintas personas cercanas a mí y que me han ayudado a llevarla a “buen puerto”. Bien opinando, corrigiendo, con paciencia, ánimo y apoyo en los momentos de crisis, que por su duración y complejidad han sido frecuentes. Por todo ello, quiero agradecerles a todos su colaboración y dedicación:

A Fran, Carla y Laia, que son la luz que guía mi vida, por su comprensión y cariño. Mi agradecimiento va *¡Hasta el infinito y más allá!, ¡Juntos lo hemos conseguido!*

A mi madre, pues ella ha sabido afrontar desde muy joven la adversidad y el sufrimiento que pueden existir en esta vida, por su voluntad, su tesón, su amor y su coraje, para sacar adelante ella sola a mis tres hermanas y a mí.

A mi padre, esa persona que por desgracia nos abandonó demasiado pronto, y que a pesar de los años que han pasado, cada día que pasa, se hace más profundo el vacío que me dejó.

A mis hermanas, Yoli, Manoli y Chiqui, por estar ahí y formar parte de mi mundo y de mi vida.

A Pepe, que ha sido como un padre para mí, por su cariño y su sincera preocupación por mi madre, mis hermanas y por mí.

A mis suegros, Antonio y Carmen, por su cariño.

A mis amigas del alma: Fina la incondicional y a Pilar, por su amistad y por su manera tan original de darme ánimos: *valor, voluntad y vuebos Isabel...*

A Esther, Rita y Roser, mis amigas y compañeras de sufrimiento y penas. A vosotras mi más sincero agradecimiento *por hacer camino al andar*, por vuestro apoyo, comprensión, amistad y por nuestro grupo de “terapia particular”. *Sense vosaltres no hagués sobreviscut noies.*

A Jordi y Juani nuestros amigos incondicionales. Por vuestro cariño, aguante y comprensión Hace una copita de cava en algún lugar donde podamos viajar con las AC.

Dentro del mundo académico ha sido imprescindible el apoyo de mi director de tesis Aurelio Díaz, pues él me hizo ver *la luz, cuando todo era oscuridad*. Me ha enseñado, guiado, asesorado, corregido un sin fin de veces este trabajo y ha hecho posible su final *aún cuando no era su tema*.

Agradezco también a Ángel Martínez su colaboración, pues en su inicio él ha sido, quien me mostró el camino a seguir.

A José Luis Molina y Aurora González por su buena voluntad, atención e interés durante todo este tiempo.

Y dentro del mundo laboral agradecer:

A Isabel Cabellos, Olga, Marga, Rosa Mari, Susana, Manuel, Mila, Rosa y Noelia. A todos vosotros mi gratitud por vuestro apoyo, colaboración y por escucharme tantas veces hablar de esta investigación y tolerarlo. También a Salud, Montse M., Clara y Maite que siempre han tenido buenas palabras y mucho cariño.

A Cristina mi “pupila”, a Ma. Ángeles y Ernest.

A Abelinda, por dejarme durante tantos años “su tesoro de 1927”.

Al Dr. Milrhazy quién me proporcionó su testimonio médico tan necesitado para esta tesis.

A Teresa Lluch, Assumpta Rigol, Dolors Miguel, Joan Roldan, Montse Bernard y Rosa Aceña a todos vosotros gracias por vuestras palabras de aliento durante todos estos años.

En el ámbito institucional dar las gracias, a los Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López de Santa Coloma de Gramenet, pertenecientes a la Diputación de Barcelona en un inicio y al Parc de Salut Mar en su finalización. Gracias por permitir llevar a cabo esta mi tesis. Y al comité de Ética del Hospital Germans Trias i Pujol, que me concedió su autorización para poder llevar a cabo la tesis.

Y por último, a los verdaderos protagonistas de esta tesis: los informantes. A todas esas personas que desinteresadamente, me han permitido realizar este trabajo. Y me han abierto la puerta de entrada a ese mundo tan fascinante de “locura”. Gracias a sus voces he aprendido que existe otro mundo.

*Porque encontrarse delante de un loco
¿Sabéis qué significa?
¡Encontraros delante de uno
que os sacude de los fundamentos sobre todo qué habéis construido
en vos, en torno a vos,
la lógica, la lógica de todas vuestras construcciones!
¡Construyen sin lógica, afortunados ellos, los locos!
¡Con su lógica que vuela ligera como una pluma!
¡Volubles! ¡Volubles!
¡Hoy así y mañana quién sabe cómo!
Vos decís: “esto no puede ser”
y para ellos puede ser todo
Pero vos decís que no es verdad
¿Por qué?
Porque no os parece verdadero,
A ti, a ti, y a cien mil otros.
Haría falta ver por el contrario
Qué os parece verdadero,
A estos cien mil
Que no son llamados locos.
Yo que cuando niño,
Me parecía bella la luna
En mi locura,
Y ¡cuántas cosas me parecían ciertas!
Y creía en todas ellas,
y en las que me decían los otros,
y era afortunado...*

Pirandello

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS 3

PARTE I.- ORIENTACIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS: empezando... 1

SUMERGIDA EN UNA REALIDAD CONFUSA: el “juego de la no lógica” 3

1.- INTRODUCCIÓN: descubriendo la locura 5

1.1.- ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL 15

1.2.- LA LOCURA Y SU HISTORIA 18

2.- ORIENTACIONES METODOLÓGICAS: diseño, objetivos y técnicas 27

2.1.- DISEÑO 27

2.1.1.- ÁREA Y POBLACIÓN DE ESTUDIO 27

2.1.2.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN 29

2.1.3.- CRITERIOS DE SELECCIÓN 29

2.2.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 30

2.2.1.- OBJETIVO GENERAL 30

2.2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS 30

2.3.- HIPÓTESIS GENERALES Y CONCEPTOS CLAVE 31

2.3.1.- HIPÓTESIS DE PARTIDA 31

2.3.2.- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS CLAVE. GLOSARIO DE TÉRMINOS 32

2.4.- TÉCNICAS DE RECOGIDA Y ANÁLISIS 35

2.4.1.- OBSERVACIÓN PARTICIPANTE 35

2.4.2.- ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA 36

2.4.3.- RATING OF MEDICATION INFLUENCES (ROMI) 36

2.4.4.- BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE INFLUENCES (BMQ) 37

2.4.5.- ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMIESTRUCTURADA 37

2.4.6.- RELATO DE VIDA 38

2.4.7.- FUENTES DOCUMENTALES 38

2.4.8.- TALLER O GRUPO 38

2.4.9.- DRAGON NATURALLY SPEAKING 11 41

2.5.- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN 41

2.6.- FACTIBILIDAD, DIFICULTADES Y LIMITACIONES 42

ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS: descubriendo... 45

3.- UNA BREVE APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA MADRIGUERA: Centros Asistenciales Dr. Emili Mira i López 47

3.1.- EL INICIO: 1914 al 1972 47

3.2.- DEL 1985 AL 2000 57

3.3.- DEL 2000 A LA ACTUALIDAD 57

PARTE II.- A TRAVÉS DEL ESPEJO Y LO QUE ALICIA ENCONTRÓ ALLÍ: ¡ el boulevard de los sueños rotos!

63

4.- LA CASA DEL ESPEJO: el escenario	65
4.1.- UNA CARRETERA "LOCA" Y UNA LARGA HISTORIA	65
4.2.- ESPACIO CONSTRUIDO: TRAS LOS MUROS DEL MANICOMIO	72
4.3.- CADA HORMA A SU ZAPATO: DINÁMICAS Y RITUALES	74
4.4.- CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO: ¿cuidar versus curar?	84
4.4.1.- "TO CARE"	88
4.4.2.- "TO CURE"	88
4.5.- PSIQUIATRÍA EN EL CONTEXTO DE LA BIOMEDICINA	92
5.- KLEINMAN Y SU MIRADA: preguntas buscando respuestas...	95
5.1.- NARRATIVAS: ¡lo que piensa tu cabeza no lo puedes evitar!	95
5.2.- EXPLANATORY MODELS OF ILLNESS: ¡nos quieren tranquilos y babeantes!	99
6.-LA ENFERMEDAD Y SUS DIMENSIONES: disease, illness, sickness	107
6.1.- LA SALUD Y LA ENFERMEDAD	109
6.1.1.- EL PERCIBIRSE ENFERMO	111
6.1.2.- LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE LA ENFERMEDAD	114
INSECTOS DEL ESPEJO: los actores	119
7.- INFORMANTES: CONEJOS, SOMBREREROS Y EL CHARCO DE LÁGRIMAS	121
7.1.- EN LA MADRIGUERA DEL CONEJO...	123
7.2.- EL SOMBRERERO...	125
7.2.1.- INFANCIA Y ADOLESCENCIA: ¡SÍ ERA FELIZ!	127
7.2.2.- ESTUDIOS, PROFESIONES Y CREENCIAS: "ENTRE DOS MUNDOS"	132
7.2.3.- SITUACIÓN FAMILIAR, LABORAL Y ECONÓMICA: ¡NO LLEGO A FIN DE MES	133
7.2.4.- OLVIDOS Y LEGADOS: ENTRE LA BRUMA DE LA MEMORIA	135
7.2.5.- ESPECTROS DEL TRASTORNO MENTAL: AGRESIVIDAD, IMPULSIVIDAD, DELITOS VIOLENTOS Y DROGAS	140
7.2.5.1.- El suicidio: cada uno es dueño de su vida	148
7.2.5.2.- Agresión y delitos violentos: ¡no debería haberlo hecho!	153
7.2.5.3.- Despertando: ¡de la fiesta al manicomio	157
7.2.5.3.1.-La cultura de la"Fiesta"	159
7.3.- EL CHARCO DE LÁGRIMAS...	165
7.3.1.- CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL: PROBLEMAS EN CASA	172
7.3.2.- REPERCUSIONES EN CASA	174

LA FALSA TORTUGA: archivos de una realidad	187
8.- A TRAVÉS DE LA PUERTA: el país de las maravillas	189
8.1.- DIAGNÓSTICO: “es de mi propia invención”	192
8.1.1.- LA BIBLIA DE LOS PSIQUIATRAS: DIAGNOSTICAL AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS	193
8.1.2.- LA BIBLIA DE LOS PACIENTES: POLO POSITIVO CON POLO NEGATIVO COMBINADO CON MANICOMIO	198
8.2.- ETIOLOGIA: ¡yo no estoy loco! ¿por qué estoy aquí?	201
8.3.- SÍNTOMATOLOGÍA: alucinaciones, delirios y paranoias	212
9.- EL DURO CAMINO DEL TRATAMIENTO Y LAS OTRAS TERAPÉUTICAS: la torre de Babel	227
9.1. - TRATAMIENTOS: una aproximación histórica	227
9.2.-PSICOFARMACOLOGÍA: el paraíso artificial	244
9.2.1.- ¿FÓRMULAS MAGISTRALES O DIVINAS? LA PÓCIMA MÁGICA	245
9.3- LA FARMACOPEA: el bálsamo de fierabrás	248
9.3.1.- ANSIOLÍTICOS	249
9.3.2.- ANTIDEPRESIVOS	250
9.3.3- ANTIPSICÓTICOS	252
9. 4.-CONOCIMIENTOS DEL BÁLSAMO DE FIERABRÁS	254
9.5.- SISTEMAS MÉDICOS Y PROCESOS ASISTENCIALES	260
9.5.1.- MODELO BIOMÉDICO Y BIOPSIICOSOCIAL	262
9.5.2.- EL OTRO ARTE DE CURAR: TERAPIAS ALTERNATIVAS VERSUS MEDICINAS MÁGICAS	265
10.- CURSO Y EVOLUCIÓN: ¿milagros? ¡Yo no voy a Lourdes!	277
11.- EL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGIO: MODELOS DE RECIPROCIDAD/ REDISTRIBUCIÓN	281
11.1. – MODELO DE RECIPROCIDAD	281
11.2. – MODELO DE REDISTRIBUCIÓN	297
12.- EL LEGADO DE LA QUÍMICA FARMACÉUTICA: ¡Sí, ensayos y ensayos y al paciente que nos jodan!”	301
12.1. REGULACIÓN DE MEDICAMENTOS	303
12.2.- ENSAYOS CON FÁRMACOS	304
12.3.- MEDICALIZACIÓN E INVENCION DE NUEVAS ENFERMEDADES	306

EL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y LAS RELACIONES ASOCIADAS: una carrera en comité y un cuento largo y con cola 311

13.- EL GRAN RETO DEL SIGLO XXI: el cumplimiento terapéutico 313

13.1.- PROCESO TERAPÉUTICO: FACTORES QUE FAVORECEN EL INCUMPLIMIENTO	318
13.1.1.- ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD: ¡uf, cuanta pastilla! ¿Pero qué es esto?	322
13.1.2.- PROFESIONALES: La empatía y la alianza terapéutica	343
13.1.3.- CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE: ¡He pasado muchas páginas de la enfermedad de mi vida!	348
13.1.4.- ENTORNO FAMILIAR Y PROFESIONAL: ¡la cara visible!	351
13.1.5.- ENTORNO SOCIAL: la institución negada. El manicomio de antes y el psiquiátrico de ahora	353
13.1.6.- AL OTRO LADO DEL ESPEJO: autoimagen	362
13.1.7.- VIVIENDO EN EL INFIERNO: ¡con la enfermedad en la mochila!	371
13.1.8.- ENTRE EL MORBO Y EL ESTIGMA: los muros invisibles	376
13.1.8.1.- Ignorancia, prejuicio y discriminación: ¡Lo que se desconoce no se entiende!	380
13.1.8.1.1.- El problema de las actitudes: prejuicio	381
13.1.8.1.2.- El problema del comportamiento: discriminación	382
13.1.8.1.3.- Medios de comunicación: ¿inocentes o culpables?	384
13.1.9.- INTEGRACIÓN SOCIAL: ¿realidad o utopía?	389

EL TESTIMONIO DE ALICIA 393

14. CONCLUSIONES 394

15. BIBLIOGRAFÍA 411

16.- ANEXOS 440

ANEXO 16.1.- CONSENTIMIENTO INFORMADO 441

ANEXO 16.2.- GUÍA DE ENTREVISTA 443

ANEXO 16.3.- BRIEF MEDICATION QUESTIONNARI (BMQ), (Breve cuestionario de la medicación) 447

ANEXO 16.4.- ARTÍCULO: Destruyendo los mitos sobre los diagnósticos y psicofármacos en salud mental 451

ANEXO 16.5.- TABLA COMPARATIVA 455

DSM-IV-TR Y DSM-V 455

PARTE I

ORIENTACIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS: empezando...

Veré mucho mejor cómo es el jardín- se dijo Alicia si puedo subir a la cumbre de aquella colina -y aquí veo un sendero que conduce derecho hasta allá arriba...;

bueno, lo que es derecho desde luego no va -aseguró cuando al andar unos cuantos metros se encontró con que daba toda clase de vueltas y revueltas-...

pero supongo que llegará allá arriba al final.

Lewis Carroll

SUMERGIDA EN UNA REALIDAD CONFUSA: el “juego de la no lógica”

Y de repente estaba allí sumergida en aquel lugar, tan conocido para mí, como extraño y desconocido ahora. Mi mirada era diferente, debía descubrir este mundo desde diferente perspectiva. Ahora mismo yo no era enfermera, me había convertido en “toda una antropóloga”. Por ello, mi mirada había cambiado... ya no era una profesional dedicada a cuidar, una enfermera más, sino una etnógrafa dentro de un manicomio. Debía de estudiar qué tipo de mundo era aquel, qué pasaba allí, que relaciones se establecían entre los diferentes actores, cómo era el escenario, ¡intentando aspirar a ser invisible! Esto quizás era lo más difícil, ¿cómo sumergirte en un mundo que hasta ahora ha sido tu “segunda residencia?”, digo esto porque es cierto que los profesionales sanitarios pasamos a veces más horas en el hospital que en nuestra propia casa. ¿Sería capaz de desvincularme de mi “uniforme”?

Realmente pensé *es difícil, ¡pero no imposible!* Además, en ciertos aspectos yo jugaba con ventaja: estaba familiarizada con los actores, con el escenario, con las dinámicas, es más... las conocía a la perfección, conocía su lenguaje, sus rituales, sus códigos, tenía accesos a todo tipo de información, incluso a la confidencial, tales como las historias clínicas. ¡Qué más podía pedir! Sí, realmente jugaba con ventaja y debía aprovechar la posición privilegiada en la cual me encontraba. Aprendería a manejar mi doble rol: enfermera y antropóloga intentando no “desequilibrar la balanza” aunque esto iba a ser complicado. Pues los años de experiencia pesan... Y la victoria se decantaba por mi rol de enfermera. Pero, ¡aprendería y lo intentaría! Miraría como si esta realidad fuera extraña, desconocida para mí, ¡preguntaría! como si fuera la primera vez que estaba allí. Intentaría comprender y entender esta realidad desconocida, confusa y extraña ahora y tan familiar e íntima hasta ese momento...

1.- INTRODUCCIÓN: descubriendo la locura

Todas las personas tenemos un pasado, un presente y un futuro. Estas tres fases de tiempo, van acompañadas de motivos y decisiones que tomamos en ciertos momentos y que deciden nuestro camino a seguir. Desde los diecinueve años trabajé rodeada de sufrimiento y dolor. Soy enfermera y me he dedicado a la asistencia directa y cuidado de personas con trastornos mentales. He vivido el sufrimiento de enfermos, familiares y de los propios profesionales. Pues es muy difícil y duro trabajar con personas que presentan una enfermedad mental.

Mis motivos para realizar esta tesis doctoral han sido: mis estudios de Antropología Social y Cultural y los años que llevo ejerciendo como enfermera en el campo de la psiquiatría. El encontrarme inmersa dentro de un psiquiátrico durante tantos años, me ha situado en una posición inmejorable para poder analizar “otros mundos”. Proporcionándome un gran de material etnográfico. Por ello, consideré que debía aprovechar el doble conocimiento adquirido de mis estudios, mi experiencia y la cercanía que me brindaba esta posición como enfermera.

Durante mucho tiempo en mi hospital he observado la evolución en el mundo de la salud mental: el término “locura” ha pasado a “enfermedad mental”, el “loco” se ha sustituido por “enfermo mental”, la palabra “manicomio” se ha cambiado por la de “psiquiátrico” y de la “reclusión del loco” se ha pasado a la “reinserción social”. Pero en todo este tiempo (veinte y siete años), pocos se han preocupado realmente de saber lo que ellos piensan y sienten.

Este desconocimiento del enfermo mental y de su “morada”, fue lo que me encontré cuando entré allí la primera vez. Fue en julio de 1988 y me habían telefoneado para ofrecerme un contrato de auxiliar de clínica en el turno de noche. Yo aún no tenía la diplomatura de enfermería. El contrato era una suplencia de una baja por un mes, que por cierto no acabé. Por aquel entonces era obligatorio acudir al centro antes de empezar el contrato de trabajo para hablar con el supervisor. Por ello, la mañana del 5 de julio me presenté al supervisor del turno de mañana, quien me acompañó a conserjería a buscar las llaves que necesitaría para trabajar. La llave amarilla, la llave roja y la llave de cuadro, que había “que guardar como oro en paño”. Una vez que ya

tenía las llaves, nos dirigimos al costurero ubicado en el sótano del edificio central, que desde febrero del año 2010 ya no existe debido al traspaso de las competencias en materia de salud mental de la Diputación de Barcelona a la Generalitat de Catalunya.

En este lugar durante muchos años trabajaban pacientes, mujeres sentadas en máquinas de coser negras, que me recordaron a la que tenía mi abuela en su casa. Se me ofreció una bata, que era de segunda mano y que de blanca no tenía nada y estaba medio “raída”. Yo, prudente de mí, la acepté y le di las gracias. Pero aquella misma tarde acompañada de mi madre, fui a comprarme un uniforme y unos zuecos, que en aquellos años eran de madera y que hacían un ruido estruendoso.

Esa noche, a las 21.40 horas, me dirigí al que sería y es el eje vertebrador sobre el que gira esta etnografía -el psiquiátrico- o sea, mi centro de trabajo, aunque en aquel momento yo no podía saberlo. Iba acompañada de mi madre, porque aún no disponía de vehículo propio. Y ella me dejó allí y se fue. Vi cómo desaparecían las luces de su coche... Y me quedé sola y asustada, de pie en aquel pasillo oscuro, esperando ser recibida por el supervisor de noche. Éste, por fin me recibió. Era un hombre mayor, de baja estatura, con el pelo medio blanco y de lo único que me acuerdo -pues me lo recalco varias veces- era “que allí podía hacer lo que quisiera, leer, estudiar, dibujar, todo menos dormir. Esto estaba prohibido”.

Y aquella noche empecé a trabajar en la unidad que se denominaba alcoholismo, que hace años desapareció, dando paso en junio de 2011 a patología dual. Sólo trabajé en esta planta tres noches, después empecé un “calvario” pues cada día debía suplir en una unidad diferente. Aunque en aquel momento fue duro, este cambiar de unidad fue lo que me permitió conocer las diversas unidades, pacientes y profesionales, que por aquel entonces conformaban la clínica mental.

Así estuve tres años haciendo suplencias en todos los turnos, mañana, tarde y noche; hasta que llegó 1990 y me presenté a las oposiciones, aprobándolas y empezando a trabajar de auxiliar de clínica en marzo de 1991 hasta el año 1995 que empecé a trabajar como enfermera y desde el 1998 hasta el año 2005 de supervisora de unidad. Actualmente trabajo como diplomada de Enfermería en el Proceso de “Hospitalizació

Breu i Urgències” y soy la coordinadora de la Xarxa de Recerca en Cures d’ Infermeria de l’ INAD (Institut Neuropsiquiatric i Addiccions).

Largo y arduo ha sido el camino, he tenido sonrisas y lágrimas como la película protagonizada por Julie Andrews¹. Todos estos años, que son muchos, he vivido experiencias que me han permitido conocer y aprender con ellos y de ellos.

En cuanto a la asistencia que se brinda a los enfermos, tengo que decir que, según mi experiencia, ha mejorado. Pues cuando yo empecé a trabajar en el año 1991 la unidad a la cual estaba destinada era la H4, unidad de agudos psiquiátrica -unidad en la que trabajo actualmente y donde he desarrollado esta tesis-, pero no fue en la cual trabajé en un principio... Yo estaba adjudicada a la H4, pero me dieron a elegir entre dos unidades: Sagrado Corazón con internos crónicos con discapacidad, unidad en la que había una mezcla de diversas patologías: oligofrénicos (término poco utilizado actualmente), epilépticos, esquizofrénicos, síndrome de Down o la unidad de agudos H4. Ambas en el turno de tarde. Aún no sé por qué, pero me decidí por el pabellón de Sagrado Corazón con 83 internos hombres y con cinco compañeros también hombres y yo sola como personal femenino *¡Todo un reto para mi estrenada juventud!* Siempre he dicho *¡que allí, se me fue la vergüenza y me curé de espanto!* Yo, una jovencita que no tenía ni hermanos, sólo hermanas y que no había visto afeitarse prácticamente a ningún hombre, pues por desgracia mi padre murió cuando contaba tan solo dieciséis años. Y ahora estaba allí con 89 hombres, entre internos y compañeros. Por todas estas razones, mi inicio con el nuevo equipo y con los internos fue muy duro...

Por aquel entonces, ni siquiera existían los pañales, los excrementos humanos se iban acumulando y se podían ver en el suelo; el personal tenía que ir sorteándolos para no pisarlos. La señora de la limpieza fue suprimida de aquel pabellón pues consideraron que no hacía falta. El trabajo en esta unidad era agotador, sobre todo en verano, pues constantemente debíamos lavar y cambiar a los gatistas², cuando no se orinaba o

¹“ The Sound of Music” (1965) Director Robert Wise.

² Nombre dado a los paralíticos, a los inválidos y a los alienados que emiten involuntariamente la orina y las heces [On line] http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gatista Consultada [Julio 2010]

defecaba uno, lo hacía otro. Las duchas eran sólo una vez por semana. Nos protegíamos los uniformes con delantales de plástico blancos y botas de agua negras, iguales a los que llevaban los antiguos pescaderos/as. ¡Sí, así era la realidad del pabellón del Sagrado corazón!:

A los Pabellones C, por otra parte, habían ido a parar los enfermos más viejos y más regresivos, hasta tal punto que estos servicios merecían la denominación de “el foso de las serpientes”. Enfermos sucios y babeantes, vociferantes, dispuestos a pegarse por una colilla o silenciosos desde hacía años, petrificados, y en los cuales solo un movimiento de mano o de labios revelaban aún la presencia, enterrada quién sabe dónde de retazos, imágenes y palabras: enfermos que eran ya más cosas que hombres (Basaglia, 1970: 74)

Realmente cuando dirijo una mirada al pasado y los recuerdos afloran a mi memoria, siento tristeza y vergüenza ajena: ante mis ojos aparecen imágenes de tiempos pasados, que forman parte de la historia del “manicomio” y de la cual yo era protagonista. Un mundo que resultaba aterrador, fiel reflejo de esas imágenes que todos tenemos del “manicomio”. Recuerdo un día que vinieron a buscarme a la hora de finalizar el trabajo y había un paciente fuera desnudo en la puerta. La persona que vino a buscarme aún lo recuerda después de todos estos años.

En el Pabellón de Sagrado Corazón se hacinaban los pacientes. Aun siendo un espacio grande y amplio se quedaba pequeño para el número de internos que vivían en él. Aquí, podíamos encontrar las naves diáfanas, configuradas como macro habitaciones. Existía una habitación que contaba con 22 camas de hierro, todas ocupadas y donde un día tuvimos un gran susto, llegando a peligrar la vida de los residentes y la nuestra. El incidente se presentó una tarde en dicha macro habitación donde dormían los gatistas o dependientes. El problema se inició en el techo que empezó a ceder tras una gran tormenta. El personal que aquel día trabajaba tuvo que evacuar rápidamente a los usuarios que dormían en aquella habitación y ubicarlos en otra ala del pabellón; improvisando una enorme habitación en un espacio que hasta ese día era el comedor de gatistas. Meses y meses transcurrieron hasta que fue reparado el techo de la habitación. Con la consecuente problemática de tener un espacio menos, que nada menos era un comedor. Pero gracias a la adaptabilidad, buena voluntad y esfuerzo de los trabajadores se pudieron ir solucionando los problemas.

En relación a lo que acabo de escribir quiero decir que no existen estudios, escuelas o universidades que te enseñen a afrontar y a lidiar con problemas que pueden surgir de la nada y en un momento. Nunca, ni en tus más remotos pensamientos, sospechas que te puedes encontrar con problemas o sucesos para los cuales no estás preparada. Sobre todo de episodios de agresividad por parte de pacientes, siendo algunos de éstos recordados durante toda tu vida. Paso a relatar algunos de estos incidentes. Para ayudar a su comprensión los ilustraré con dos ejemplos y los relataré como si los viviese ahora:

Una noche, después de repartir la cena a los internos³, entramos en el control de enfermería, que en el pabellón de Sagrado Corazón, no se parecía en nada a las estructuras y espacios que hoy se conocen y encuentran en los hospitales. De repente un paciente entró al control de enfermería con un cuchillo en la mano, cortándose en los brazos, gritando, amenazando y diciendo a mi compañera “¡Quieres mi sangre, toma, toma!” y cada vez que articulaba esta palabra se cortaba con el cuchillo en la parte anterior de la articulación del codo. Y yo que me encontré en medio de esta situación, sin saber que decir, ni que hacer, medio bloqueada por el pánico y con las piernas temblando.... En ese momento sientes y piensas *¿Qué hago? ¿Qué digo? ¿Cómo abordo esta situación? ¿Por qué nadie nos prepara para estas situaciones?* De pronto, sin saber cómo ni por qué, me veo corriendo los tres alrededor de la mesa... Después de dar varias vueltas, de repente y por suerte el paciente se da media vuelta y rompiendo el cristal de la puerta consigue salir de la unidad y se sube al tejado del pabellón, arrancando tejas y tirándolas a los coches y a las personas que intentaban venir a ayudarnos (enseguida llamamos por teléfono a otras unidades para que vinieran auxiliarnos). Ni qué decir el miedo y el pánico que se puede llegar a sentir en estas ocasiones.

Otro ejemplo fue un episodio realizado también por el mismo interno en una tranquila y calurosa tarde de sábado:

Y donde me encontré con arranques de radiador y rotura de cristales de un paciente en contención mecánica (atado a la cama) Y que en un principio por los ruidos que se escuchaban pensé que era una película que estaba emitiendo la televisión, pues hace años ofrecían la película o sesión de tarde en la primera cadena. Oí los ruidos y me acerqué a ver qué película era; para descubrir con sorpresa que el ruido no provenía de la tele sino de la otra ala del pabellón... Y cuando aumenta el estruendo y ruido, sales corriendo a ver qué está pasando, te acercas a la habitación con el corazón encogido y latiendo a gran velocidad... acercas tu ojo a la mirilla y descubres que la ventana de la habitación está rota y la

³ En el mundo de la sanidad se utilizan varias palabras para designar a los pacientes o enfermos: paciente, cliente o usuario. Todas ellas se consideran sinónimas y están permitidas. En esta tesis, para no repetir el mismo término, además de estas tres palabras utilizo también los términos de residente e interno.

habitación llena de cristales, igual que el paciente... un radiador, que hasta ese momento había estado collado a la pared debajo de la ventana de la habitación, ahora se halla en un rincón tirado... ¡agua manando por todos los sitios! Y tú piensas *¡Madre mía, que hago! ¡Esta persona nos mata! ¡Soy la máxima responsable!* –entonces estaba de auxiliar de enfermería, era la fija de la unidad, como solemos decir los profesionales, pues llevaba más tiempo que mi compañero-. Tu mente en esos momentos es un torbellino, pasan mil ideas por tu cabeza... Incluso comparas fuerzas, *yo una persona de poca envergadura y un compañero con menos envergadura que yo, incluso más bajito y que esta acojonado* y gritando *¡Isabel, no abras!* (Entonces sólo trabajábamos los fines de semana, dos auxiliares para los 83 hombres internos y un diplomado de enfermería que venía a eso de las 19 horas de la tarde y hacía las curas de enfermería, el resto lo hacíamos todo los auxiliares)... Nosotros dos contra un joven de 1, 80 cm de altura y 100 Kg. *¿Qué podemos hacer? ¿Abro la puerta o no la abro?* Y para agravar la situación *¡el personal de limpieza de huelga y medio pabellón inundado!* Lo que sí que está claro en ese momento es actuar. No sabes si tu decisión será la correcta o no, si después puede haber reprimendas e incluso castigo... pero no puedes dejar al paciente en ese estado *¡Lo primero es el paciente!* Te armas de valor y notas cómo la sangre se hiela en la venas, pero te animas tú sola diciendo *¡con sangre fría!* Y desechas tus miedos, tus preocupaciones y actúas, pensando que *¡salga el sol, por donde salga!* Entonces introduces la llave en la cerradura y entras....

Y así fue mi inicio en el extraño y complicado mundo de la *perpetua institución negada* donde la “locura” ha sido y sigue siendo la actriz principal y donde episodios dignos de películas de terror han sido vividos por mí a lo largo de tantos años. Y en los cuales, en algunas ocasiones, ha habido personas lesionadas, incluyéndome a mí. Pero como decimos en muchas situaciones de riesgo, en nuestro jerga o argot profesional: *pues para lo que podía haber ocurrido, no ha ocurrido nada ¡Aquí, tenemos un ángel que nos protege y no permite que la situaciones de máximo riesgo hayan acabado con grandes desgracias!...*

Durante muchos años en el ejercicio de mi profesión, he sentido una especie de “inquietud-vacío” que no conseguía acallar, “me faltaba algo”. Por ello, me decidí a cursar los estudios de Antropología y a día de hoy gracias a éstos, en cierta manera (pues aún me queda mucho por aprender) he logrado calmar esta inquietud y llenar el vacío que me limitaba para mi pleno desarrollo y satisfacción como persona y enfermera. Ya que el conocimiento aportado desde la Antropología me ha abierto infinidad de caminos, caminos que ni sospechaba que pudieran existir. Estos estudios me permiten cuestionarme aspectos relacionados con los cuidados desde la

perspectiva antropológica. Y gracias a la realización de esta tesis he podido adquirir más conocimientos sobre mis pacientes y por “ende” comprenderlos y cuidarlos mejor.

Por todo lo explicado en las páginas anteriores, esta tesis es una etnografía de una antropóloga en un psiquiátrico, a través de la descripción de la vivencia y percepción de la enfermedad mental y de sus protagonistas. Desde una perspectiva interpretativa enmarcada dentro del campo de la Antropología de la medicina, más específicamente de la Antropología de la “locura”, la Antropología de la salud y de la Antropología del sufrimiento, como principales enfoques de estudio, pues han surgido otro tipo de campos de estudio, como psiquiatría, inmigración, género, parentesco, etc. Pero en el espacio de una tesis es imposible abarcarlos: por ello, han quedado sin ser tratados o los he tratado brevemente y sin profundizar, ya que cada campo presentado podría haber configurado por sí solo una “tesis”.

La tesis ha sido estructurada en dos partes, y 16 capítulos. Algunos de ellos los he denominado con títulos de los cuentos de Lewis Carroll *Alicia en el país de las maravillas y a través del espejo y lo que Alicia encontró al otro lado*⁴ y *Alicia anotada*. Puesto que he querido descubrir este mundo caótico a través de los ojos de Alicia (en cierta manera yo soy Alicia) para recuperar de alguna forma su capacidad de sorpresa al descubrir el mundo de la locura y presentar esta realidad como un entrenamiento etnográfico, entre los límites de lo moral y lo profesional. Todos estos títulos obedecen a mi intento de establecer una metáfora entre el mundo presentado en el cuento de Alicia y el mundo del “manicomio” con la finalidad de describir este mundo de caos, de delirio, donde el orden a veces es irracional e ilógico y donde se intenta normalizar al enfermo mental y a la institución psiquiátrica.

PARTE I. ORIENTACIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS: empezando... Incluye los tres primeros capítulos. A lo largo de estos capítulos realizo, a través de mi autoobservación y relato, una aproximación al escenario, a la institución psiquiátrica y a la locura, entendida ésta como actor social, pues pienso que *la locura, toma posesión de su cuerpo, se apodera de sus pensamientos y es la que habla a través de los sujetos*.

⁴ Este documento ha sido descargado de <http://www.escolar.com>

También he incluido el capítulo metodológico. Y el capítulo tres: ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS: descubriendo... Aquí inicio mi etnografía del manicomio.

PARTE II.- A TRAVÉS DEL ESPEJO Y LO QUE ALÍCIA ENCONTRÓ ALLÍ: ¡El boulevard de los sueños rotos!... Incluye del capítulo cuatro al catorce.

En el capítulo cuatro presento y describo el boulevard de los sueños rotos y contextualizo la construcción del objeto de estudio y de la psiquiatría.

El capítulo cinco es teórico y está dedicado íntegramente a las narrativas de enfermedad y al modelo de Kleinman.

En el capítulo seis presento a la enfermedad y sus dimensiones, enfermedad de referencia para esta investigación, introduciendo los términos *illnes-disease-sickness*, muy debatidos desde la antropología. En este caso podríamos decir que tiene dos vertientes: el considerarte enfermo con percepción de malestar; y el considerarte un enfermo mental. También abordo términos como *embodiment resistance* y *local moral worlds*.

En el capítulo siete: Insectos del espejo presento a los actores de mi tesis: “la madriguera del conejo o los profesionales”, “los locos o sombrereros”, a “los familiares o charcos de lágrimas”.

LA FALSA TORTUGA: archivos de una realidad, corresponde al capítulo 8. En este capítulo trato las narrativas de enfermedad y analizo parte del modelo explicativo de Kleinman (1980): diagnóstico médico, etiología.

Y en el capítulo nueve: continúo con el modelo de Kleinman: sintomatología y tratamiento. A través de relatos, narrativas, modelos explicativos, vivencias y creencias del sujeto que sufre un trastorno mental ingresado en un hospital psiquiátrico, sus familiares y los profesionales que los atienden. En el caso de los familiares, se contempla sus experiencias de cómo ven el “tratamiento” en general en el ámbito doméstico y no dentro de un contexto hospitalario. También en este capítulo realizo un intento por situar la biomedicina y “las otras medicinas” dentro de los sistemas médicos, a través de una aproximación al pluralismo médico y a las otras formas de atención de la enfermedad, las denominadas “tradicionales” y que en la actualidad

(cada día más y en diferentes contextos) se encuentran imbricadas dentro del campo de la biomedicina.

El capítulo diez corresponde al último ítem: curso y evolución del modelo de Kleinman (1980).

El capítulo once está dedicado a la relación del tratamiento psicofarmacológico con los modelos de reciprocidad y redistribución⁵; es decir, la relación establecida en el tratamiento a partir de pensarlo como una transacción, una relación social y no tanto una realidad somática. Pues es obvio que el tratamiento impone una relación jerárquica que no es semejante a la reciprocidad, pero se espera una respuesta por parte del paciente y de los implicados en este proceso.

En el capítulo doce abordo exclusivamente el papel y el poder de la industria farmacéutica. Pues en ocasiones, los médicos recetan ciertos fármacos dependiendo de la compensación económica o bien de otro tipo que son ofrecidas por laboratorios: pago de congresos, viajes y regalos. También doy breves pinceladas sobre la medicalización de la enfermedad y de la vida.

EL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y LAS RELACIONES ASOCIADAS: Una carrera en comité y un cuento largo y con cola... Corresponde al capítulo trece. Dedicado el estudio del tratamiento psicofarmacológico como relación social y representación simbólica. Es decir, corresponde al cumplimiento del tratamiento y sus relaciones asociadas. A partir de las conclusiones de mi tesina los interrogantes que se me plantearon fueron: ¿por qué no tienen conciencia de enfermedad?, ¿Por la enfermedad?, ¿por el dispositivo en el que se encuentran?, y/o ¿las relaciones sociales asociadas?. Partiendo de la base de ¿qué significado tiene lo que toman? Con este interrogante quiero plantear el significado social del tratamiento y la vida simbólica de las “cosas”; es decir, la dimensión social de un fenómeno, no importando el fármaco

⁵Según Karsenti: *L'échange par don n'est donc un échange, et n'introduit une quelconque réciprocité, qu'à condition d'être aussi et un même temps un combat. Il représente symboliquement une lutte incessante qui perpétue le lien social dans le mouvement même par lequel elle le met en péril (...) un droit ou un devoir élaborés par contrat, qui circule continûment dans l'univers social et lui confère sa cohésion. (...) Car le don (...) est en fait un processus triadique dont le fonctionnement est garanti par la cohésion de ses différentes dimensions : donner, recevoir, rendre (...) L'obligation d'en faire, d'une part, l'obligation d'en recevoir, de l'autre* (Karsenti, 1994: 34-39)

sino su significado. Pues la acción de “tomarse un fármaco” conlleva e implica un sinfín de relaciones asociadas entre sí: considerarte enfermo, es decir tener conciencia de enfermedad. Preguntas como: ¿qué se entiende por enfermedad?, ¿qué factores se han tenido en cuenta a la hora de definirla?, ¿se incluyen factores socio-culturales dentro de su terminología biomédica? Dentro de las relaciones asociadas encontramos la relación social con los profesionales y los familiares pues en muchas ocasiones surgen conflictos, sobre todo cuando la persona enferma no quiere tomar la medicación pues no cree que sea necesaria. También supone un reconocimiento del beneficio o no del fármaco, así como un papel y poder de las empresas farmacéuticas, una legitimación y deslegitimación de roles profesionales/enfermos y un estigma hacia la enfermedad mental. Por ello, en este capítulo estudio el proceso terapéutico y los factores que favorecen el incumplimiento y el abandono del tratamiento: la no conciencia de enfermedad, las características del paciente, la relación con los profesionales y con la familia, con el entorno social y el estigma que persigue a la “locura”. También incluyo a los medios de comunicación, pues fomentan este estigma. De todos estos factores mencionados pueden depender la adherencia al tratamiento y su cumplimiento. Y por último hablo de la percepción y vivencias con la enfermedad mental y si es posible su integración en la sociedad.

El capítulo catorce es EL TESTIMONIO DE ALICIA... las conclusiones de la tesis.

Y el capítulo quince que es el capítulo BIBLIOGRÁFICO.

Y el último capítulo corresponde a los ANEXOS.

Decir que la aplicabilidad y utilidad de la tesis viene dada por el desconocimiento que existe entre los sujetos enfermos, sus familias y la propia sociedad de la enfermedad mental y su tratamiento. Aunque actualmente existen numerosos trabajos centrados en esta cuestión y realizados en centros psiquiátricos, encontramos pocos estudios cuyo punto de partida es el tratamiento psicofarmacológico como hecho o relación social.

1.1.- ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL

El progreso científico y tecnológico del mundo moderno se ha reflejado en mejores opciones de atención con respecto a la salud mental⁶ de las personas (World Health Organization, 2001). Asimismo, nuevas alternativas para el tratamiento derivadas de avances en la farmacología e intervenciones basadas en modelos conductuales y psicosociales, han reducido considerablemente el tiempo de hospitalización. También la calidad de vida de las personas que sufren trastornos mentales⁷ ha mejorado considerablemente (Posada-Villa, 2003). Pero a pesar de estos avances científicos, la atención de los enfermos según mi opinión continúa siendo deficiente. Pues realmente no sabemos cuáles son sus narrativas, modelos explicativos, necesidades, pensamientos, sentimientos y creencias. Agravándose esta situación por razones derivadas del estigma⁸, la vergüenza asociada con la presencia de trastornos mentales y el desconocimiento de la salud y la enfermedad mental⁹. Todos estos factores unidos a la falta de conciencia de enfermedad¹⁰ y a la dificultad en el correcto cumplimiento

⁶ La salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos. Se refiere a la manera como cada uno de nosotros nos relacionamos con otros en el seno de la familia, en la escuela, en el trabajo, en las actividades recreativas, en el contacto directo con nuestros iguales y, en general, en la comunidad. Comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida (Pacheco, 2009) Cita resumida.

⁷ Definir qué es un trastorno mental, a día de hoy, continúa siendo un problema difícil para la psiquiatría y la psicología clínica. Básicamente, se refiere a comportamientos que se han considerado "anormales" y que han sido estudiados y clasificados por los profesionales de la psicopatología (Ruiz, Imbernon, 1996)

⁸ El concepto de estigma fue introducido en las ciencias sociales por Goffman (1963), quien lo ha definido como una marca, una señal, un atributo profundamente deshonoroso y desacreditador que lleva a su poseedor de ser una persona normal a convertirse en alguien «manchado» Según la definición de Goffman: *un estigma es, pues, realmente, una clase especial de relación entre atributo y estereotipo (...) el término estigma y sus sinónimos ocultan una doble perspectiva: el individuo estigmatizado* (Goffman, 2006: 14). Link y Phelan (2001) afirman que el estigma existe cuando los elementos de etiquetaje (asignación de categorías sociales a los individuos), estereotipia (las diferentes etiquetas son relacionadas a estereotipos), separación (ellos-nosotros), pérdida de status y discriminación, ocurren conjuntamente en una situación de poder que lo permite. Por tanto, se requiere tener poder para estigmatizar a un grupo social.

⁹ El término enfermedad es ambiguo y complejo. Por este motivo, la antropología médica ha debido dotarse de una terminología técnica específica que permita expresar las diferentes dimensiones del acontecimiento (Young, 1982, Kleinman, 1980, Hahn, 1984).

¹⁰ Entendida como conocimiento detallado, exacto y real de la enfermedad.

del tratamiento psicofarmacológico que presentan estos sujetos, provoca una agudización de la enfermedad, recaídas y reingresos en el psiquiátrico¹¹.

Una vez que una persona ingresa en el hospital psiquiátrico, lleva una dinámica, una rutina “formalmente dirigida” por pautas, leyes o normas a las que debe adaptarse, le parezca bien o no. Según Goffman (2007), el concepto que cada individuo tiene de sí mismo brota de la interacción social de las situaciones que forman parte de la vida cotidiana. El entendimiento y comprensión de la conducta social de los sujetos se alcanza mediante un estudio de los ambientes situacionales a los que responde con el fin de entender la composición de su rol social y las alternativas que pueda disponer para sostener su propia estimación y la ajena; es decir, a través de un análisis de las interacciones en la vida cotidiana. El ingreso en un psiquiátrico puede suponer para el enfermo y su familia uno de los momentos más difíciles. Pues se pasa de ser una persona “normal” a convertirse en “un enfermo”, lo que conlleva un cambio de roles en cada individuo. Este cambio es denominado por Goffman (2007) *carrera moral del enfermo*. En esta fase el sujeto debe asumir su rol de enfermo:

Es probablemente el menos claro de todos (...) Al pensar acerca del paciente en el hospital es útil establecer una distinción entre el “rol de enfermo” y el “rol de paciente” (Parsons, 1951). El rol de enfermo es una categoría general dentro de la cual la sociedad incluye a una persona que necesita una atención médica.(...) El rol de enfermo posee una referencia tanto social como física o emocional . El rol de paciente es más específico que el de enfermo y entran en él las personas enfermas cuando se confían a una relación con un individuo o institución definidos por la sociedad como capacitados para ayudarlo (Caudill, 1966:35)

Para este autor, la interacción la conforman los elementos o unidades de análisis que nos permiten definir la interacción en cuanto tal. Estos elementos son los “encuentros

¹¹ Entendiendo psiquiátrico como institución total, Goffman (2007) nos introduce en este concepto: *una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente (Goffman, 2007:13)*. Según Caudill: *El hospital constituye una pequeña comunidad, cuyo funcionamiento afecta el comportamiento de la gente que la compone (...) el comportamiento de la gente es en buena parte función de la situación social en la que se actúa, y como tal situación opera para influir sobre el comportamiento de muchas maneras muy sutiles que a menudo ignoran los mismos participantes (Caudill,1966: 27)*

o situaciones” y las “ocasiones” sociales (Goffman, 1971 en Lozano; 2003: 51). Según mi modo de ver, uno de estos encuentros es durante la administración del tratamiento farmacológico. Por esta razón, el estudio del tratamiento psicofarmacológico abre aproximaciones a la comprensión de las dinámicas cotidianas que vinculan al individuo con el mundo social, familiar y con la cultura profesional o asistencial¹². En este sentido, el tratamiento es un objeto relacional revelando relaciones o hechos sociales entre los individuos, los grupos y las instituciones sociales:

Un fait social se reconnaît au pouvoir de coercition externe qu’il exerce sur les individus; et la présence de ce pouvoir se reconnaît à son tour soit à l’existence de quelque sanction déterminée, soit à la résistance que le fait oppose à toute entreprise individuelle qui tend à lui faire violence (Karsenti, 1994: 16)

Este tratamiento psicofarmacológico también se acompaña de un conjunto de gestos y prácticas manifiestamente individuales, aunque su prescripción va ligada a un marco médico-institucional, a una industria farmacéutica con papel y poder y a una cultura asistencial y familiar, engendrando un mundo de representaciones sociales y de símbolos que lo revisten de múltiples facetas (Méndez, 2000: 513-514). En estas facetas engloban: la conciencia de enfermedad, la adherencia al tratamiento, el cumplimiento e incumplimiento del mismo y la legitimación y deslegitimación de los roles sociales:

Los tratamientos se inician con la intención de tratar de los médicos y la aceptación del tratamiento por parte de los pacientes. Así como hay una distancia entre la intención de tratar del médico y la prescripción del tratamiento, existe también una distancia entre la aceptación y la adherencia del paciente al tratamiento. La adherencia del paciente se inicia en la aceptación y debe prolongarse en su cumplimiento. La aceptación es un acto momentáneo, el cumplimiento es un acto que se reedita a lo largo del tiempo con cada toma del medicamento (Agrest, 1997:111)

Para acabar quisiera hacerlo resaltando unas palabras de Correa (2006):

Los afectados y afectadas están ahí, viviendo unas existencias marcadas por la aflicción y también por un sufrimiento social derivado del estigma, de la negación

¹² El estudio de las interacciones sociales producidas en los centros de salud mental nos informa del peso de los intereses corporativos de los diferentes profesionales, de las estrategias de pacientes y familiares, de las congruencias y disensiones entre los discursos teóricos y las prácticas y de la construcción cultural de la realidad clínica. Los profesionales se convierten en (...) objeto de estudio, y por tanto, en sujetos culturales del mismo orden que pacientes y familiares (Martínez, 2006: 2272)

de su voz y de la desvalorización de su ciudadanía. Y estas evidencias sociales difícilmente pueden reducirse a hipótesis neuroquímicas, procesos cognitivos o dinámicas del inconsciente (Correa et al, 2006: 66)

1.2.- LA LOCURA Y SU HISTORIA

*La verdadera locura quizá no sea otra cosa que la
sabiduría misma que, cansada de descubrir las
vergüenzas del mundo, ha tomado la inteligente
resolución de volverse loca*

Heinrich Heine

En ningún momento esta tesis pretende ser un estudio histórico de la locura, ni de los tratamientos, ni tampoco es una historia transcultural *de cómo se concibe la locura en otras partes del mundo*, o de los métodos o tratamientos psiquiátricos; sino más bien presento hechos clave en correspondencia al objeto de estudio tratado en ella y es un breve resumen¹³ de la historia más reciente de la locura. Al no ser un trabajo histórico en algunos momentos no me he remitido a las fuentes originales, puesto que implicaban mucho más esfuerzo y tiempo y éste no era el objetivo de mi investigación.

Desde los tiempos más remotos se han atribuido causas sobrenaturales a las enfermedades mentales. Sin embargo, su estudio científico no comenzó hasta muy recientemente. Todos hemos escuchados frases como: *una posesión diabólica, un encantamiento, está endemoniado, una condena del alma, una piedra en la cabeza, un delito, una conducta antisocial o un vicio*. Todas ellas son palabras y conceptos que han ido definiendo la locura a lo largo de la historia y sorprendentemente, algunos de estos calificativos han perdurado hasta nuestros días. Pudiendo considerar que nos encontramos sólo en los inicios de la consideración del trastorno mental como enfermedad. Durante la mayor parte de la historia de la humanidad y en la mayoría de las civilizaciones, a los trastornos psíquicos se les ha considerado una condena; a los enfermos, culpables; y a los encargados de su atención, inquisidores cuya misión era librar a la sociedad del mal. En palabras de Foucault (1979):

¹³ Todo lo expuesto durante este apartado es un breve resumen de (López-Muñoz, Álamo, 2005, 3-8) con sus palabras (pues la autoría no es mía) y espero no haber malinterpretado las aportaciones de estos autores.

El loco es uno de los grandes castigados de la historia y lo trágico, es que nadie, ni tan sólo él, conoce la naturaleza de su crimen. Es un supuesto criminal juzgado en ausencia por crímenes que jamás cometió.

En el siglo XIX nace la psiquiatría pretendiendo tratar al loco como ser humano. Al entrar en la Academia Nacional de Medicina de París, puede admirarse el conocido cuadro de Charles Müller (1815-1892) en el que se representa a Philippe Pinel (1745-1826) ordenando liberar de sus cadenas a los locos de Bicêtre (véase figura 1)



Figura 1. Pinel en Bicêtre liberando de sus cadenas a los locos. Obra de Charles Müller.

Igualmente en la Salpêtrière se conserva otro cuadro no menos importante, del célebre Tony Robert-Fleury (1837-1912), se puede apreciar al médico francés hacer lo mismo con las locas de aquella institución (Véase figura 2). Ambos cuadros han servido para ofrecer la imagen, el icono del nacimiento de la psiquiatría, la aparición de una medicina mental, que propició la humanización de la actitud hacia los “insanos mentales”, así como el abordaje racional y científico de éstos.



Figura 2. Obra de Tony Robert Fleury (1878) Charles Müller en la que se representa a Pinel liberando de sus cadenas a las internas de la Salpêtrière.

Las revoluciones burguesas de finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX pusieron fin al *Ancien Régime*, acabaron con instituciones como el Hospital General, considerado como uno de los baluartes del absolutismo. Surge un nuevo estatuto antropológico de la locura, caracterizado por:

- a) Aparición de un contexto de legalidad.
- b) Aparición de diversos agentes sociales (jueces, médicos, procuradores, etc.) con un papel decisivo a la hora de definir y manejar al “loco”.
- c) Consideración de la locura como una enfermedad, susceptible de una comprensión científico-racional y de un tratamiento médico.
- d) Necesidad de una nueva estructura institucional: el “asilo para locos” o manicomio, en el que poner en práctica la terapia llamada tratamiento moral que consideraba al loco como un sujeto recuperable (susceptible de curación) en tanto acepten conceptos como el formulado por François Leuret en 1840: *la locura consiste en la aberración de las facultades del entendimiento; no está como en las enfermedades ordinarias, caracterizadas por síntomas físicos, y las causas que la producen, alguna vez apreciable por los sentidos, pertenecen la mayoría de las veces a un orden de fenómenos completamente extraños a las leyes generales de la materia: son las “pasiones e ideas”*.

Es evidente que la concepción intimidatoria y coercitiva capaz de sacar al “loco” de su “error”, constituye la pieza clave del soporte del tratamiento moral. Esto es debido a la concepción moral de la enfermedad mental, que predominantemente es psicogenética y social. En cualquier caso es como que la locura, como indicó Foucault en su momento, estuviera “presa en un mundo moral”, mundo que implicaba una postura conservadora. La contrapartida de dicha postura dio como resultado el surgimiento de las corrientes somaticistas, que en la segunda mitad del siglo XIX comenzaron a aparecer con más fuerza. Todos estos elementos facilitaron la creación de un movimiento alienista europeo, dando lugar, con el tiempo, a la cristalización de la psiquiatría como especialidad médica.

El pensamiento psiquiátrico cobra importancia a comienzos del siglo XIX y se ve reflejado en los intentos de clasificación de las enfermedades mentales. En la segunda

mitad del siglo XIX, tiene lugar un proceso llamado *somatización de la enfermedad mental*, a través del cual la locura pasó a considerarse el producto de una lesión orgánica y no el resultado de anomalías en la esfera de las ideas o pasiones. Son cuatro los elementos básicos del mencionado movimiento de *somatización* de la enfermedad mental: el fracaso del tratamiento moral, el auge de la mentalidad anatomoclínica, la teoría de la degeneración y las relaciones entre la psiquiatría y criminología¹⁴. Siguiendo estos planteamientos, surgió un creciente interés en los alienistas de la época por encontrar las causas biológicas o "lesiones nerviosas" de los trastornos psiquiátricos (Martínez-Pérez, 2005)

Continuando con López-Muñoz, Álamo (2005) estas corrientes somaticistas de los trastornos mentales triunfaron, inicialmente, en Alemania. La psiquiatría alemana pronto tomó el relevo de la preponderante escuela psiquiátrica francesa, cuyos postulados sobre el tratamiento moral eran cada vez menos aceptados. Morales (1995), Diéguez et al (2006), destacando la figura de Wilhelm Griesinger (1817-1868), considerado *el padre de la psiquiatría biológica* que planteó hipótesis psicopatológicas sobre la base de los novedosos adelantos de las disciplinas morfológicas (*Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, 1845), de forma que la locura sería *un complejo de síntomas de diversos estados anómalos del cerebro*¹².

Sin embargo, el prestigio internacional de la psiquiatría alemana no alcanzó su cima hasta las últimas décadas del siglo XIX, con la obra de Emil Kraepelin (1856-1926). En la cuarta edición de su tratado (*Lehrbuch der Psychiatrie*), publicado en 1893, aparece el concepto de "*dementia praecox*" para referirse a un tipo de "demencia específica de los jóvenes", entidad luego denominada esquizofrenia y considerada la afección psiquiátrica por excelencia. El establecimiento de la nueva nosología psiquiátrica kraepeliana supuso el empujón final para introducir la psiquiatría en el terreno de las disciplinas médicas. A partir de este momento, los trastornos psiquiátricos adquirieron la misma consideración que cualquier otra enfermedad y comenzaron a regirse por los mismos planteamientos de conocimiento, de forma que cada trastorno mental debería

¹⁴ Todo lo expuesto continúa siendo un resumen (López-Muñoz, Álamo, 2005: 5-8).

tener su causa específica, patogenia, anatomía patológica, síntomas y curso propios, según Martínez-Pérez (2005) y Morales (1995).

Kraepelin incorporó a su departamento a figuras como Alois Alzheimer (1864-1915), Walther Spielmeier (1879-1935), Franz Nissl (1860-1919) y Korbinian Brodmann (1868-1918), que crearon la más importante escuela de neuropatología de la primera mitad del siglo XX. De esta forma, según la denominada corriente neuropsiquiátrica, Martín (2002), gozó de una gran implantación internacional hasta el final de la segunda guerra mundial, cuando la preponderancia científica de las escuelas alemanas fue sustituida por las escuelas norteamericanas (gracias, sobre todo, a la victoria de los aliados en el conflicto bélico). Las corrientes organicistas y la nosología kraepeliniana tardaron en llegar a España, más que por la distancia geográfica e idiomática, por la persistencia de la influencia de las corrientes médicas francesas, que se alargaron hasta finales del siglo XIX según Peset (1961) y Gracia (1971).

Sin embargo, tuvo lugar en nuestro país un fenómeno que cambiaría la concepción de la ciencia española, Rey (1997); el trabajo de laboratorio de Santiago Ramón y Cajal y el desarrollo de su Escuela Neurohistológica, que confirió a sus investigaciones una orientación experimental, histológica y clínica más acorde con las corrientes alemanas. La gran construcción científica de Cajal, la teoría neuronal, supuso un avance de enorme importancia en la comprensión de las enfermedades mentales y en la formulación de las hipótesis etiopatogénicas sobre ellas (López-Muñoz, Alamo, García-García, Boya, 2006). Achúcarro, fue considerado sucesor de Cajal. Tras su muerte (1880-1918), contaba con solo 38 años, Lafora se convirtió en el gran pionero de la neuropsiquiatría biológica española y en el máximo representante de la neurociencia del primer tercio del siglo XX español.

A partir de este momento y hasta la guerra civil española (1936-1939), se consolidó en nuestro país la neuropsiquiatría como una institución científica y sólida, Lázaro (2000) la convirtió en una especialidad médica diferenciada (Lázaro; 1995). En España, (1910) se fundó la primera asociación científica en este campo: la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona la cual, en 1924, se transformó en la Asociación Nacional de Neuropsiquiatras (AEN), con el objetivo de dar cabida a todos los profesionales españoles, Lázaro (1995).

Se puede afirmar que a partir de ese momento la neuropsiquiatría española "se hizo alemana" en sus fines y en sus métodos. Dos años después, en 1926, surgió la Liga Española de Higiene Mental, cuyo presidente fue Cajal (quien pasó a ser Presidente de Honor en 1932 y el primer vicepresidente Lafora, según Lázaro (2000a) y cuyas actividades de carácter divulgativo, Lázaro (1995a) duraron 10 años. En este período se consolidó la especialidad, se creó el Patronato Nacional de Anormales en Madrid y se organizó el primer Laboratorio de Psicología Experimental, Lázaro (2000a) y Valenciano (1977). Otro importante punto de inflexión de la época para la neuropsiquiatría española tuvo lugar en marzo de 1920, con la publicación de una revista que acabaría renovando la práctica psiquiátrica y neurológica de nuestro país: *Archivos de Neurobiología*. En torno a esa publicación, una serie de psiquiatras constituyeron lo que Gracia ha denominado la *generación de los Archivos de Neurobiología*: la de Achúcarro, Lafora, Sacristán, Sanchís Banús, Villaverde, Prados, etc., es, indudablemente, la primera gran generación psiquiátrica española. Fundada por José Ortega y Gasset (1883-1955), Sacristán y el propio Lafora, *Archivos de Neurobiología* incluyó entre sus colaboradores a todos los renovadores de la neuropsiquiatría española:

La revista (...) se funda para consolidar y organizar este movimiento científico, para recoger la obra de los maestros y de las nuevas generaciones de investigadores y para dar a conocer en los países progresivos la labor de los estudiosos españoles... Los estudios neurológicos y psiquiátricos han experimentado en España un reciente progreso, debido a la actividad científica de una juventud estudiosa, formada en su mayor parte al lado de los maestros Cajal y Simarro y en las clínicas y laboratorios de las naciones más avanzadas científicamente (*Archivos de Neurobiología*, Editorial, 1920: 1)

Sin embargo, esa generación no llegó a consolidarse debido a los desastres de la guerra civil española, que dispersó a muchos médicos e investigadores españoles (Albarracín, 1977) y (García-Albea, 2002). Algunos de los integrantes de esta escuela perdieron la vida como Villaverde, otros se condenaron al exilio (Lafora, Prados Such) y un grupo aún mayor fueron reclusos al ostracismo interior (Sacristán, López Aydillo). Tras la guerra civil se fundó la Sociedad Española de Neurología (SEN) en 1949. Su objetivo fue agrupar científicamente sólo a los especialistas en materia neurológica, quedando asociados a la Asociación Nacional de Neuropsiquiatras (AEN) únicamente

los profesionales dedicados a la psiquiatría. A partir de ese momento, ambas especialidades tomaron un rumbo diferente que perdura en la actualidad. Desde entonces, muchos son los autores que han hecho esfuerzos por comprender el funcionamiento de la mente humana, normal y patológica. Muchos dejaron importantes aportes, otros obras del pensamiento, elaborando teorías y clasificaciones basadas en lo descriptivo, lo etiológico, lo estadístico que siguen teniendo valor no sólo histórico sino también actual.

Apartarse de la razón sin saberlo, porque se está privado de ideas, es ser imbécil, apartarse de la razón sabiéndolo, porque se es esclavo de una pasión es ser débil, pero apartarse con confianza y con la firme persuasión de que la sigue, es ello, me parece, lo que se llama estar loco (Foucault, 1979: 151-52)

En resumen, en la historia de Europa, la locura ha estado unida a dos condiciones:

El primero adquiere una de sus mejores representaciones en El Quijote, en donde como es sabido el insensato se ve abocado a un error continuo, pues aquello que trata de alcanzar es tan cercano y a la vez tan lejano como la propia fantasía. El segundo incluye entre otras formas la imagen del manicomio como lugar de reclusión de no se sabe a ciencia cierta el qué- ¿la sinrazón, la falta de sentido común, el caos, el desorden, el miedo, la disidencia, la diferencia?- pero que persiste durante siglos como una forma de control social (...) fenómeno conocido como “La nave de los locos” o Stultifera navis (...) Como nos indica Foucault en su Historia de la locura (1985), la Nave de los locos emerge como una representación literaria y pictórica a finales del siglo XV, pero también como una trágica realidad social. (...) “Encerrado en este navío de donde no se puede escapar, el loco es entregado al río de mil brazos, al mar de mil caminos, a esa gran incertidumbre exterior a todo. Está prisionero en medio de la más libre y abierta de las rutas: está sólidamente encadenado a la encrucijada infinita (Foucault, 1985: 26, En Martínez, 1998: 54)

Me he tomado la libertad de darle mi propia interpretación a esta cita de Foucault porque a mi modo de entender “y en sentido figurado”, define perfectamente la situación que por mi experiencia y mi práctica profesional vivo diariamente al atender al enfermo mental. Esta persona enferma entra dentro de una institución denominada psiquiátrica, que representaría el “navío” de la cita, puesto que manicomio se ha convertido en un término “con connotaciones negativas”. Se siente cautivo entre cuatro muros, de estos muros no se puede escapar pues en las unidades de agudos todas las puertas están cerradas con llaves y los pacientes no pueden salir a la calle.

Esta persona que entra en este “navío” no sabe lo que le pasa, está confusa, tiene visiones, oye voces, éstas le dan órdenes, lo persiguen, piensa que lo van a envenenar... Y allí dentro son atendidos por personas que nunca han visto y por tanto que no conocen y desconfían pues entran dentro de un mundo (que es el río citado arriba) de mil brazos (que son los diferentes profesionales que los atendemos) con las diferentes maneras de curar y cuidar que existen y que cada disciplina aplica de una manera. Y por último, está “prisionero” de su enfermedad que normalmente es infinita; porque las enfermedades psiquiátricas son complicadas y difíciles de curar y pueden dejar secuelas que pueden durar toda la vida. Muchos de ellos presentan varios reingresos en poco tiempo; es decir, se marchan de alta médica y transcurrido poco tiempo vuelven a reingresar. A este fenómeno se le denomina el *fenómeno de la puerta giratoria*:

Hace referencia a pacientes que demostraban un patrón de hospitalizaciones breves, seguido de admisiones repetidas en el centro hospitalario... (Gracia, 1997, En Beglinomini et al, 1998: 4)

En psiquiatría la historia apenas está comenzando a escribirse y por este motivo todo el conocimiento que podamos aportar en la medida posible, ayudará a comprender mejor la enfermedad mental a reducir el estigma que persigue a la locura así como a sus protagonistas.

2.- ORIENTACIONES METODOLÓGICAS: diseño, objetivos y técnicas

2.1.- DISEÑO

El diseño metodológico de la investigación es un estudio interpretativo¹⁵, etnográfico, de seguimiento cualitativo, a través del análisis de casos clínicos documentados en una unidad de agudos de Salud Mental. Cualitativo porque el objetivo principal de este trabajo ha sido crear una etnografía sobre la enfermedad mental y su mundo, desde la mirada de sujetos afectados de trastorno mental ingresados, familiares y profesionales que los atienden a través de una recogida de información de sus propias narrativas, sus vivencias, percepciones y modelos explicativos tomando como eje principal del estudio el tratamiento psicofarmacológico como relación o hecho social.

2.1.1.- ÁREA Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el Hospital psiquiátrico del Recinto Torribera, antiguamente denominado Clínica Mental, ubicado en el municipio de Santa Coloma de Gramenet (Véase Plano 1). Los sectores de población de referencia que atiende la unidad seleccionada corresponden al Maresme (hasta Mataró), Badalona, y parte de Sant Adrià. Actualmente también acoge a la población que antes se visitaba en el Hospital del Mar. Esto no implica que cuando una unidad se encuentra a “plétora”, es decir no tiene camas para su sector de población, los pacientes ingresen en otra unidad.

¹⁵ El objetivo de la investigación es conocer la situación y comprenderla a través de la visión de los sujetos, familiares y profesionales que los atienden.



Plano 1: Recinte Torribera: Situación y distribución. (Diputació de Barcelona: Xarxa de Municipis 2008)

Mi población de estudio son los sujetos diagnosticados de algún tipo de enfermedad mental que se encuentran ingresados en una unidad psiquiátrica de hospitalización de agudos, perteneciente al Recinte Torribera. La unidad de observación ha sido una planta de hospitalización denominada H4. Esta unidad atiende en régimen de hospitalización de corta estancia a pacientes psiquiátricos agudos, con el objetivo de resolver su crisis psicopatológica en el mínimo tiempo posible, así como, conseguir la máxima recuperación de sus capacidades y la reinserción en su medio habitual. Se considera enfermo agudo aquél que presenta una estancia de hasta 20 días. Los criterios de ingreso son: ser mayor de 18 años¹⁶ y padecer un trastorno mental^{17,18}.

¹⁶ Los menores de edad, los toxicómanos y los “retrasos mentales” disponen de una red propia de asistencia, aunque no hay que olvidar que por orden judicial pueden ingresar todos ellos. La consecuencia es que también encuentras pacientes de este tipo ingresados en las unidades de agudos.

Los criterios de selección dada la complejidad de los “sujetos-pacientes” han sido definidos según los modelos establecidos en el centro hospitalario.

2.1.2.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión de los sujetos de estudio son:

En el caso de los **sujetos diagnosticados de un trastorno mental**; es decir, los pacientes: estar en fase activa de hospitalización en la unidad de agudos H4 perteneciente al programa de hospitalización breve y urgencias. En el caso de **los familiares**: los familiares de los sujetos ingresados en la planta H4 más concretamente el cuidador principal, la mayoría familiares de los sujetos entrevistados. En el caso de **los profesionales** he seleccionado a los que atienden directamente a los sujetos ingresados en H4: psiquiatras, estudiantes que realizan la especialidad de psiquiatría tanto médicos (MIR) y enfermeros (EIR), enfermeros/as, auxiliares y alumnos de enfermería en prácticas.

2.1.3.- CRITERIOS DE SELECCIÓN

En esta tesis la selección de sujetos ha sido intencionada y ha dependido de los intereses de la investigación, de las condiciones y estado de los informantes y de la disponibilidad de enfermos, familiares y profesionales. A pesar de que para los participantes no implicaba ningún tipo de riesgo, ni conllevaba efectos perjudiciales para la salud, he tenido en cuenta unas consideraciones generales para prevenir problemas de tipo ético y que requieren una serie de permisos y licencias:

¹⁷ La CIE-10 (Décima clasificación de las enfermedades mentales de la Organización Mundial de la Salud de 1993) define a los "trastornos" mentales en función de la presencia de determinadas conductas anormales, lo que la persona hace o dice -criterio Psicosocial- o de determinados síntomas de malestar, las señales de malestar que presenta la persona -criterio médico. Por su parte el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría de 1994) define el trastorno mental en función de su componente psicológico (funciones mentales alteradas) y conductual de un cuadro clínico y de las repercusiones biológicas y de malestar que produce. (Ruiz e Imbernon, 1996)

¹⁸ Por su parte el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría de 1994) define el trastorno mental en función de su componente psicológico (funciones mentales alteradas) y conductual de un cuadro clínico y de las repercusiones biológicas y de malestar que produce (Ruiz e Imbernon, 1996)

- Consentimiento informado (Véase Anexo I), en el cual el entrevistado decidió participar libremente en este estudio sin que hubiera persuasión, manipulación ni coerción. Se le transmitió información comprensible sobre el objetivo del estudio. Este consentimiento requirió la autorización verbal o escrita en el caso del sujeto hospitalizado y autorización por escrito en el caso del cuidador principal y de los profesionales.
- Permiso institucional. Para llevar a cabo este proyecto solicité y obtuve la aprobación de la comisión de investigación del hospital y del comité ético de investigación clínica del complejo hospitalario del hospital Germans Trias i Pujol de Can Ruti.

Trabajé con los sujetos ingresados en la unidad de H4, sus familiares y los profesionales que los atendían directamente. El tamaño de la muestra se determinó durante la investigación: en función de su estado de salud, su disponibilidad y de la aceptación de la autorización del consentimiento informado. Para preservar la identidad y confidencialidad, a cada uno de los informantes le he asignado un nombre de un dios o héroe mitológico.

2.2.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1.- OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de esta tesis ha sido construir una etnografía psiquiátrica, a través de un estudio de caso dentro de un hospital psiquiátrico, profundizando en narrativas, experiencias, vivencias, creencias y modelos explicativos de sujetos diagnosticados de un trastorno mental, familiares y profesionales que los atienden.

2.2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estudiar y analizar el significado social y simbólico del tratamiento psicofarmacológico de los sujetos ingresados en una unidad de agudos de salud mental englobando un conglomerado de relaciones y dimensiones micro/macro sistémicas, relacionadas entre sí: la enfermedad mental y su estigma, la conciencia/ausencia de enfermedad, la adherencia y el cumplimiento/

incumplimiento del tratamiento, la cultura profesional, la presión familiar, los juegos de legitimación/deslegitimación y el poder de las farmacéuticas, etc.

2. Ofrecer un análisis sobre el tratamiento psicofarmacológico como hecho social a partir de la dicotomía reciprocidad/redistribución. Pues el tratamiento médico impone una relación jerárquica que no es semejante a la reciprocidad, aunque sí que se espera una respuesta por parte del paciente: la adherencia al tratamiento.
3. Profundizar en relatos, narrativas, modelos explicativos de enfermedad de los sujetos afectados de un trastorno mental, sus familiares y los profesionales, aplicando el modelo de Kleinman (1980).
4. Realizar un análisis más exhaustivo sobre el pluralismo médico y las otras formas de atención de la enfermedad, las “tradicionales”.
5. Aportar una aproximación etnometodológica de escucha activa, a través de la creación de un nuevo lugar social donde los pacientes ingresados puedan resignificar sus narrativas, vivencias, experiencias, expresando pensamientos, sentimientos y temores. A partir de sus relatos y creaciones visuales en un espacio de “escucha, deconstrucción y descontaminación¹⁹”.

2.3.- HIPÓTESIS GENERALES Y CONCEPTOS CLAVE

2.3.1.- HIPÓTESIS DE PARTIDA

H1: Uno de los mayores problemas que se encuentra la psiquiatría es el incumplimiento del tratamiento por parte de los sujetos diagnosticados de una enfermedad mental. Este incumplimiento y la falta de adherencia puede deberse a la escasa o nula conciencia de enfermedad, a la legitimación de la propia enfermedad, al dispositivo en el que se encuentran y/o a las relaciones sociales asociadas de los afectados de un trastorno mental.

¹⁹ Entendiendo descontaminación como “espacio donde el actor con sufrimiento mental sea comprendido de forma holística a partir de sus relatos” (Correa et al, 2006: 60). Es decir, un lugar fuera de un contexto formal de entrevista. Con la finalidad de reducir el sesgo del investigador clínico para evitar que el usuario conteste en función de las expectativas del entrevistador clínico (en este caso, yo como investigadora y enfermera), en vez de en términos de sus propias aflicciones o sufrimiento.

H2: El estudio y análisis a sujetos afectados de trastorno mental, familiares y profesionales, sobre el fenómeno del tratamiento psicofarmacológico como relación y hecho social, se asocia a un modelo explicativo de relaciones y dimensiones micro/macro sistémicas, relacionadas entre sí, que incluye: la enfermedad mental y su estigma, la conciencia/ausencia de enfermedad, la adherencia y el cumplimiento/incumplimiento del tratamiento, la cultura profesional, la presión familiar, los juegos de legitimación/deslegitimación, el papel y poder de las farmacéuticas, etc.

2.3.2.- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS CLAVE. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Aunque la mayoría de los conceptos clave serán sido definidos a lo largo de esta tesis, en este apartado daré breves pinceladas de cada uno de ellos.

- **Trastorno mental:** estado patológico que se caracteriza por confusión de ideas, perturbación emocional y conducta inadaptada. Puede tener origen orgánico o funcional.
- **Tratamiento psicofarmacológico:** tratamiento medicamentoso utilizado en psiquiatría.
- **Relación o hecho social:** es un concepto básico en la sociología y la antropología. Fue acuñado por Durkheim (1895). Refiere a todo comportamiento o idea presente en un grupo social (sea respetado o no, sea subjetivamente compartido o no) que es transmitido de generación en generación a cada individuo por la sociedad. Ésta es considerada como un todo que es mayor que la suma de las personas que la componen. A su vez, es recreada en mayor o menor medida por éstas, de manera que la mayoría la comparte y todos la conocen, entrando en la conformación de sus prácticas y de sus juicios morales sin que deba ser previamente discutido.
- **Reciprocidad/Redistribución:** las relaciones de reciprocidad tal y como se observan en la realidad social son ámbitos complejos y ambivalentes, saturados de tensiones, de manipulaciones, de diferencias extremas de poder y en ciertos casos de injusticia. Pero también son ámbitos que permiten y sustentan la ayuda mutua y las transferencias de recursos en ámbitos no regulados por el mercado o el Estado. La

reciprocidad y redistribución abordada, como una forma de interacción social y de práctica del discurso, que cobra relevancia en tanto forma parte de un contexto social y complejo; es decir, la posible utilidad del concepto de reciprocidad en el análisis de una realidad etnográfica, como puede ser la de un hospital psiquiátrico. Según Molina (2006) la reciprocidad sería: “Una relación que se caracteriza por la obligación moral de efectuar retornos diferidos (futuros) no especificados entre las partes”. Y la redistribución: “El reparto (igualitario o no proporcional) de un colector (puntual o permanente, que gana o no prestigio con la acción)”.

Según Marcel Mauss (1979 en Narotzky, 2004: 11-12), lo social es real en tanto esté integrado en un sistema. El acto social total, no es sólo la suma que integra diversos sistemas (económico, familiar, religiosos, etc.), sino que es visto dentro de una historia o experiencia individual, por un lado, y por otro dentro de un sistema de interpretación antropológica (aspectos físicos, fisiológicos, psíquicos y sociológicos) de la conducta. Ahora bien, el acto social tiene un carácter tridimensional, en el que coincide la dimensión sociológica con tres aspectos, a saber: lo sincrónico, lo diacrónico y lo fisio-psicológico. La coincidencia de estos tres aspectos sólo ocurre en los individuos. Únicamente estamos en presencia de un acto total al final de una serie de reducciones que incluyen:

- 1) diferentes modalidades de lo social (jurídico, económico, estético, etc.)
- 2) diferentes momentos dentro de la historia de cada individuo (nacimiento, infancia, educación etc.)
- 3) diferentes formas de expresión que incluyen desde los fenómenos fisiológicos, como los reflejos, secreciones, moderaciones o aceleraciones, hasta categorías inconscientes y representaciones conscientes individuales y colectivas. Todo esto es social, ya que es únicamente bajo la forma de acto social que todos estos elementos de naturaleza tan diversa pueden llegar a tener una significación global, transformándose en una totalidad (Lévi-Strauss, 1979, En Mauss, 1979)

Y de hecho, según Mauss, la única seguridad que tenemos al decir que un acto social está en correspondencia con la realidad, es que aquél sea reconocido en una situación concreta (tanto diacrónica como sincrónicamente) y en un individuo determinado dentro de una sociedad dada. Y aquí aparece la relación entre lo sociológico y lo psicológico, pues lo mental se identifica con lo social y viceversa: pero no solamente, además esta complementariedad es dinámica; es decir, está en

constante movimiento. Según Narotzky (2004: 11-12) el propio Mauss refiere que la gran diferencia significativa es precisamente:

1) el carácter espiritual de la materia que se intercambia.

2) la fusión de cosas y personas en esa materia.

➔ **Enfermedad mental:** la enfermedad mental es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.

➔ **Estigma:** condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador sea incluido en una categoría social, hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores. Este estigma o “marca”, normalmente va vinculado a **juegos de legitimación y deslegitimación** de los roles de los individuos. Con esta dicotomía hago referencia a la relación entre los diferentes roles sociales- profesional y enfermo-, en cuya relación existe una jerarquía y un poder. De manera que cuando el profesional legitima su rol, éste espera que el paciente legitime el suyo de enfermo, y a la inversa. Sin embargo esto no ocurre así. El rol de enfermo normalmente queda deslegitimado por el propio sujeto, pues este se considera no enfermo. Es decir, a la negación de roles activos de identidad y ciudadanía que vienen asociados con la definición de trastorno de mental. De hecho, podría utilizarse de las dos formas: el afectado sin conciencia deslegitima el rol del paciente y, a la vez, la atribución de la enfermedad mental lo deslegitima en la arena social.

➔ **Conciencia/ausencia de enfermedad:** el sujeto no se considera enfermo-en este caso enfermo mental-, no es capaz de descubrir los avances y las ventajas de los nuevos medicamentos, ni reconoce las consecuencias de la enfermedad o cómo afectan a su vida. Lo que provoca un **abandono e incumplimiento** del tratamiento y una no **adherencia**, pues simplemente cuando se encuentra bien deja de tomar la medicación.

➔ **Cultura profesional:** incluye valores y comportamientos de un grupo profesional específico; en este caso, el personal asistencial que atiende directamente

al enfermo mental. En su mayoría, profesionales de enfermería (auxiliares y enfermeras). Se podría hablar de cultura profesional y de cultura asistencial. La primera aludiría más a los segmentos profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, etc.). La segunda, al mundo de representaciones, valores y comportamientos asociados con un tipo de dispositivo; por ejemplo, una unidad de agudos de psiquiatría.

➔ **Modelo explicativo de enfermedad:** ideas y creencias concernientes a la enfermedad y al tratamiento empleadas por aquellos implicados en el proceso clínico (Kleinman, 1980)

➔ **Narrativa de enfermedad:** la narrativa es la forma fenomenológica en la que el paciente percibe la salud o la enfermedad. La narrativa provee de sentido a la enfermedad del paciente. Define cómo, por qué y de qué manera se encuentra enfermo (Uribe, 2003)

➔ **Lugar social:** actividad o taller con finalidad terapéutica dirigido a los usuarios que libremente quieran participar. Y donde los usuarios ingresados puedan resignificar sus narrativas, vivencias y experiencias, y puedan expresar pensamientos, sentimientos, temores a partir de sus relatos verbales y creaciones visuales en un espacio de “escucha, deconstrucción y descontaminación”.

2.4.- TÉCNICAS DE RECOGIDA Y ANÁLISIS

En base a las preguntas de partida de la investigación, de los objetivos y para dar continuidad a la tesina realizada, las técnicas para la recogida de información fueron:

2.4.1.- OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

La observación recogió las siguientes características:

1. Observación a fondo a los pacientes ingresados en la unidad de agudos H-4, a los profesionales y a los familiares. Observando las interacciones que se producen entre ellos, sus dinámicas, rutinas, rituales.
2. Observación de ángulo abierto, ampliada por el propósito añadido de estudiar los aspectos culturales tácitos de una situación de hospitalización en un psiquiátrico.

3. Experiencia desde dentro y desde fuera de la escena, desde la doble condición de enfermera y extraña/investigadora.
4. Registro sistemático en un diario de campo de la observación participante: actividades, observaciones, introspecciones (Spradley, 1980:54-58).

2.4.2.- ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Las entrevistas cualitativas nos proporcionan reconstrucciones presentes y retrospectivas de la enfermedad. En este estudio lo que pretendí fue conocer las narrativas, conceptos, modelos explicativos, prácticas, creencias y representaciones de la enfermedad mental y del tratamiento psicofarmacológico. Las entrevistas se realizaron a los sujetos-pacientes²⁰ seleccionados utilizando el guión elaborado para la tesina y complementandolo con preguntas sobre el tratamiento psicofarmacológico (véase ANEXO 2). Estas preguntas “añadidas” están basadas en escalas diseñadas y validadas para medir aspectos como el cumplimiento terapéutico, la adherencia y la conciencia de enfermedad. Su utilización me ayudó a delimitar los ítems que me interesaba recoger. Sólo seleccioné las preguntas que se adaptaban a mis intereses. Estas dos escalas fueron: La Escala Rating of Medication Influences (ROMI) y la Brief Medication Questionnaire (BMQ) (véase ANEXO 3).

2.4.3. - RATING OF MEDICATION INFLUENCES (ROMI)

La escala ROMI (Weiden et al, 1994) evalúa los aspectos de la motivación para la toma o rechazo de la medicación, no evaluados por la DAI-Drug Attitude Inventory (Rodríguez et al, 2008). Fue desarrollada para los pacientes con trastornos psiquiátricos, especialmente para aquellos con esquizofrenia. Está basada en el modelo de creencias sobre la salud, revisión de la literatura, opinión de expertos y el feedback de los pacientes (Sajatovic et al, 2010). Se divide en dos subescalas que evalúan los motivos para el cumplimiento y los motivos para el incumplimiento. Consta de 20 ítems y es administrada por el clínico. Requiere 10-15 minutos para su

²⁰ Sujeto -paciente: Este término compuesto de dos conceptos lo he utilizado por dos motivos: sujeto porque es el sujeto de la investigación. Paciente porque en este contexto hospitalario es una persona enferma e ingresada en una unidad hospitalaria, por ello es un paciente. En ningún momento hace referencia a que el sujeto es paciente mío (al ser yo enfermera).

administración (Sajatovic et al, 2010). Ha mostrado buena validez y fiabilidad y una correlación moderada con la DAI (Sajatovic et al, 2010). Como inconvenientes, resulta larga y requiere un buen nivel de comprensión. Existe una versión española (Rodríguez et al, 2008). Se ha recomendado especialmente su uso cuando se quieran analizar los factores psicosociales y ambientales relacionados con el cumplimiento o incumplimiento (Bobes et al, 2007).

2.4.4.- BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE INFLUENCES (BMQ)

Este test es una herramienta validada para la valoración del cumplimiento terapéutico. Fue validada en 20 pacientes, Svarstad et al (1999), mediante el uso de Monitors Events Medication systems (Monitores Electrónicos de Control de la Medicación [MEMS]). También ha sido utilizado por farmacéuticos australianos para medir el cumplimiento terapéutico en pacientes diabéticos. Y en 2006 Wetzels et al lo utilizaron para la validación del MUAH-questionnaire en pacientes hipertensos²¹. Por ello, Weiden et al elaboraron otra escala, Rating of Medication Influences (ROMI), con el objetivo de valorar las actitudes de los pacientes ante la toma de la medicación.

2.4.5.- ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD SEMIESTRUCTURADA

Estas entrevistas fueron realizadas a todos los informantes seleccionados. Para ello, necesité elaborar a partir del guión utilizado otra guía de preguntas que recogiera todas las cuestiones a estudiar en torno al tratamiento psicofarmacológico: narrativas, modelos explicativos, creencias, relaciones sociales, problemas que se les presentan en casa, representaciones simbólicas del tratamiento psicofarmacológico. Este guión contenía preguntas abiertas de fácil comprensión. Pues las preguntas abiertas constituyen una fuente de información primaria, permitiendo a las personas expresar libremente su punto de vista. Nos permiten saber el modo cómo organizan su mundo, sus pensamientos sobre todo aquello que les ha sucedido y que están viviendo, ayudándonos a conocer sus percepciones y sus experiencias, en una palabra, sus narrativas de enfermedad.

²¹ Test autoaplicado específico y validado para la hipertensión arterial. Presenta excelentes propiedades psicométricas y puede ser útil para identificar factores que impiden o facilitan el cumplimiento.

2.4.6.- RELATO DE VIDA

En el segundo encuentro con los informantes realicé una entrevista sobre su vida, para ello elaboré un breve guión con preguntas sobre: infancia, adolescencia, estudios, convivencia familiar, etc. con la finalidad de poder recoger más información sobre sus biografías.

2.4.7.- FUENTES DOCUMENTALES

Durante la recogida de información utilicé documentos tales como: historias clínicas, datos del programa informático de la institución, censos, registros, lo que me facilitó la recopilación de datos. Pude acceder a ello, gracias a que soy enfermera y trabajo en el hospital donde he llevado a cabo esta tesis.

2.4.8.- TALLER O GRUPO

Este espacio pretendió y pretende²² ser una actividad o “taller” con finalidad terapéutica dirigido a usuarios que libremente quieran participar. Este grupo o taller se realiza en una sala de actividades ubicada al final del sector de vigilancia. Antes de iniciar las actividades se acondicionó la sala y se intentó crear un ambiente cálido y tranquilo. La sala está dotada de grandes ventanales con una gran iluminación natural, es espaciosa y a medida que se obtenía material: dibujos, escritos, cuentos, etc. Se plastificaron y se fueron exponiendo en sus paredes para que todos los usuarios pudieran disfrutar de sus trabajos (Véase fotografía 1)

²² “Pretende” porque a día de hoy este lugar social se ha configurado como un programa de actividades que se ofrece tres días por semana a los usuarios ingresados en esta unidad. Está basado en lo que denominamos monográficos de enfermería y existen varias modalidades.



Fotografía 1. Sala de actividades de la unidad H4.

Se utilizaron técnicas literarias, artísticas y narrativas a través de la escritura y el dibujo con la finalidad de complementar la información obtenida de las otras técnicas utilizadas y en la observación participante durante el trabajo de campo. Leyendo el trabajo de Caudill (1966) me llamó la atención su idea de utilizar dibujos y láminas sobre la vida del hospital psiquiátrico. Por ello, quise hacer lo mismo pretendiendo que las láminas las crearan los sujetos ingresados:

Con el objeto de reunir material (...) se llevó a cabo un programa de entrevistas por medio de una serie de láminas de la vida del hospital que fueron dibujadas específicamente para esta investigación (...) Se decidió emplear láminas como “preguntas visuales”: Se creía que tales láminas estructurarían una situación de manera suficiente dentro de un área de interés, pero no predeterminaría el modo la respuesta de una persona hasta un punto tal como lo haría un programa fijo (Caudill, 1966: 172-173)

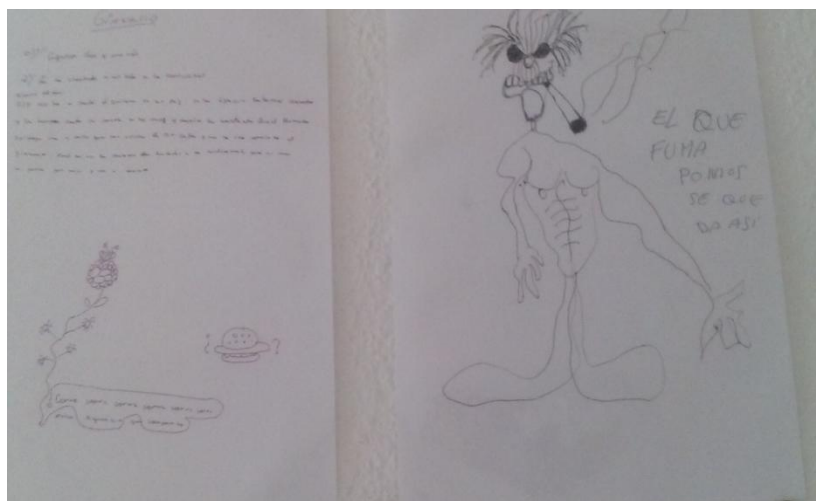
La frecuencia de realización fue de tres días por semana y una pregunta o dos por sesión. Este espacio se ha convertido en un *lugar* donde los usuarios ingresados pueden resignificar sus narrativas, vivencias, experiencias y pueden expresar pensamientos, sentimientos, temores, a partir de relatos y creaciones visuales en un espacio de “escucha, deconstrucción y descontaminación” (Véase tipos de creaciones visuales 1-3)



Creación visual 1.- Dibujos y láminas.



Creación visual 2.- Dibujos y láminas.



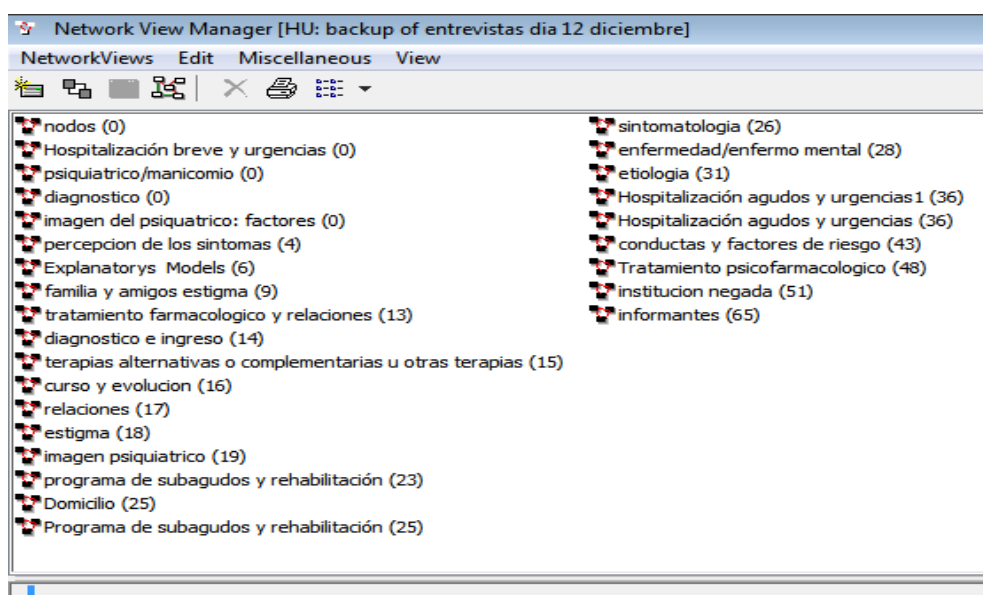
Creación visual 3.- Dibujos y láminas.

2.4.9.- DRAGON NATURALLY SPEAKING 11

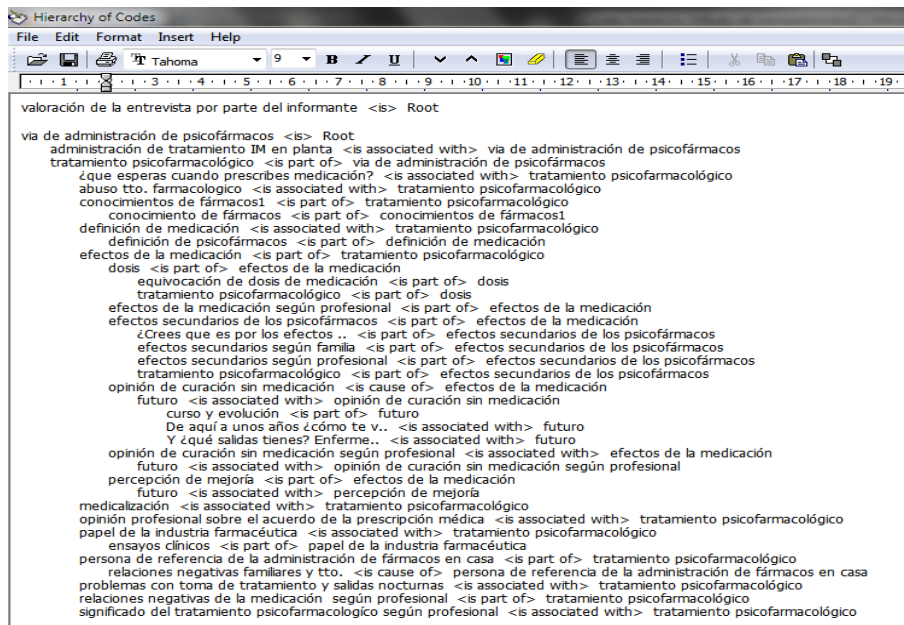
Es un software de reconocimiento que permite controlar el mundo digital con la voz y es tres veces más rápido que con el teclado. Lo he utilizado para transcribir aquellas entrevistas de los informantes recogidas de mi puño y letra (narrativas de los que no me han permitido utilizar la grabadora). He detectado que presenta un problema: al dictar debes articular muy bien las palabras porque si no confunde unas con otras.

2.5.- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la sistematización y análisis de la información y de los resultados obtenidos utilicé el análisis de contenido. El análisis de contenido se basa en el análisis directo de los textos o comunicaciones. Según López Aranguren (1996), es una técnica de investigación que consiste en el análisis de la realidad social a través de la observación y del análisis de los documentos que se crean o producen en el seno de una o varias sociedades. Lo característico y lo que lo distingue de otras técnicas de investigación, es que se trata de una técnica que combina intrincadamente la observación y el análisis documental. Para su análisis utilicé un software informático: atlas-ti 5.2. Este análisis se realizó a través de una codificación de la información por categorías analíticas o temáticas y el análisis de cada una de ellas con sus códigos (Véase impresión de pantalla 1-2)



Impresión de pantalla 1: Categorías temáticas.



Impresión de pantalla 2: Categoría temática Sintomatología con sus códigos.

2.6.- FACTIBILIDAD, DIFICULTADES Y LIMITACIONES

Los puntos de partida surgen de mi tesina de máster y esta tesis doctoral ha supuesto una ampliación de aspectos relevantes obtenidos en ella, así como la incorporación de nuevos elementos y la profundización de aspectos más concretos. Las técnicas seleccionadas han sido viables aunque he encontrado dificultades relacionadas con la singularidad, especificidad y particularidad de la población escogida. En referencia a la información obtenida, decir que el volumen de datos ha sido difícil de manejar a pesar de utilizar un programa de análisis cualitativo. La información ha sido clasificada primero por categorías temáticas y luego cada categoría por códigos específicos. Para el análisis he seleccionado sólo algunos de los testimonios más representativos. Todo ello consensuado con mi director de tesis. Los posibles sesgos de esta investigación han sido:

- Mi doble rol: antropóloga y enfermera. He intentado que prevalezca la perspectiva sociocultural. Pero al estar sumergida en esta realidad puede que mi posición como enfermera haya podido gobernar más que mi orientación de antropóloga.

- Las condiciones en la obtención de los datos dentro de la institución psiquiátrica: en muchas ocasiones los usuarios acaban respondiendo a las preguntas según creen que son las expectativas de los clínicos con respecto a ellos, más que en términos de sus aflicciones y síntomas. Por ello, quizás sin pretenderlo (pues ellos en ocasiones me veían como la enfermera) he podido condicionar sus respuestas.

Añadir que el hecho de trabajar en este lugar me ha facilitado información “privilegiada” de los informantes: datos de carácter confidencial y personal: historias clínicas, datos personales (edad, lugar de procedencia, dirección, sector de población, teléfono, etc.). Esta información ha sido estrictamente respetada, utilizada y analizada según las normas del comité ético de investigación clínica (CEIC) del Hospital Germans Trias i Pujol.

ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS: descubriendo...

Alicia preguntó: "¿Qué clase de gente vive por estos parajes?".

- "Por ahí", (...) "vive un sombrerero; y por allá", (...)

"vive una liebre de marzo. Visita al que te plazca: ambos están igual de locos".

- "Pero es que a mí no me gusta estar entre locos", observó Alicia.

- "Eso sí que no lo puedes evitar", repuso el gato;

"todos estamos locos por aquí. Yo estoy loco; tú también lo estás".

- "Y ¿cómo sabes tú si yo estoy loca?", le preguntó Alicia.

- "Has de estarlo a la fuerza", le contestó el Gato;

"de lo contrario no habrías venido aquí"

Lewis Carroll

3.- UNA BREVE APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA MADRIGUERA: Centros Asistenciales Dr. Emili Mira i López

3.1.- EL INICIO: 1914 al 1972

Durante el primer tercio del siglo XX, en Europa y Estados Unidos se desarrolló el movimiento pro-higiene mental, sin duda pieza clave del modelo de “salud mental” (Huertas, 2009). Los precursores fueron Clifford Beers en Estados Unidos y Edouard Toulouse en Francia. En el origen de este movimiento tuvieron un papel primordial algunos pacientes que fueron capaces de dar a conocer y explicar sus vivencias, experiencias y de esta manera, evidenciaron las necesidades de realizar grandes reformas en la asistencia psiquiátrica. Los objetivos de este movimiento fueron formulados por Favill (1909), y se referían a la organización de la asistencia postmanicomial del enfermo mental, una vez que se había dado a conocer y educado al pueblo en el significado de la enfermedad y del enfermo mental y orientado la asistencia de una manera científica. Gracias a este movimiento se fueron creando Ligas de Higiene Mental en muchos países. En España, la liga se fundó en 1927 y desarrolló sus actividades científicas a través de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y cuyos principios se basaron en los principios doctrinales de la higiene mental.

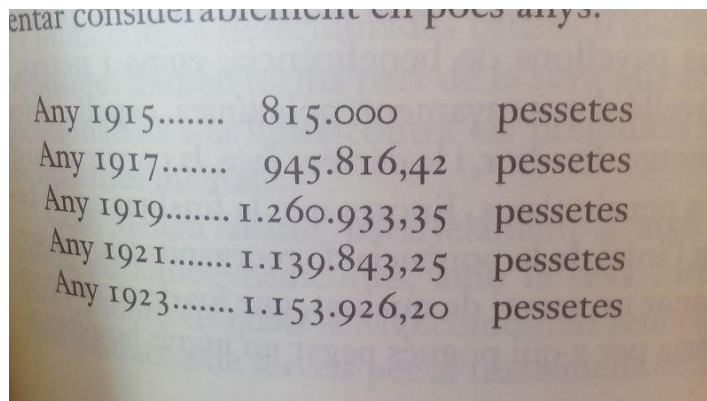
En 1903 el ministro Antonio Maura presentó un proyecto de reforma para las administraciones públicas locales que consistía en prestar servicios con un interés compartido de las mancomunidades municipales, Ventura (2008). Con este proyecto pretendía ampliar el derecho a “mancomunarse” a las diputaciones provinciales con el fin de impulsar enseñanzas técnicas, agrícolas y comerciales, repoblar bosques, crear bibliotecas y museos, conservar monumentos, hacer obras públicas, puertos francos y otras instituciones para fomentar la exportación:

En 1911 las Quatre diputacions catalanes es posen d' acord en les bases de la Mancomunitat, malgrat que no es fins al 1913 que el govern d' Eduardo Dato permet les mancomunitats provincials²³ (...) I el 6 d' abril de 1914 es va elegir Prat

²³ Decret de 12 de desembre de 1913.

de la Riba com a president de la Mancomunitat de Catalunya (...) La qüestió és que, a l' hora de definir les prioritats d' actuació i millora, s' establí "l' hospitalització de dementes pobres"²⁴ (Ventura, 2008:114)

En Cataluña, la recién estrenada Mancomunidad, presidida por Prat de la Riba, preocupada por mejorar la asistencia de los enfermos mentales, encarga al Dr. Martí i Julià (1914) un proyecto de organización de los servicios²⁵. Y en cumplimiento a lo establecido el artículo 2 del Estatuto de autonomía de la mancomunidad en Enero de 1915 se traspasaron a las diputaciones la hospitalización de los dementes pobres, Ventura (2008). A partir de este momento los gastos dedicados a este fin aumentaron considerablemente (Véase Ilustración 1)



Año	Cantidad	Moneda
Any 1915.....	815.000	pessetes
Any 1917.....	945.816,42	pessetes
Any 1919.....	1.260.933,35	pessetes
Any 1921.....	1.139.843,25	pessetes
Any 1923.....	1.153.926,20	pessetes

Ilustración 1: Incremento recursos económicos para la hospitalización de los dementes pobres.

En la Asamblea de la Mancomunidad (1914) se recoge la construcción de una clínica mental en el término municipal de Santa Coloma de Gramenet. Esta Mancomunidad recogió tres principios para la creación de un sistema de asistencia en Cataluña (Comelles, 1988): predominio de la iniciativa pública sobre la privada, desarrollo de una red de centros estratégicos y medidas destinadas a asegurar la formación del personal y la dotación del mismo.

S'ha de ser decididament contrari a la concentració de un gran nombre de malalts, de l' acumulació excessiva de serveis d' assistència, de la centralització de funcions (Comelles, 1988:121)

²⁴ (Report del Consell Permanent de la Mancomunitat de Catalunya, 1915: 37)

²⁵ Para contextualizar y poder ubicar el hospital de referencia de este proyecto, he creído oportuno incluir una breve exposición de la Historia de la Clínica Mental de Santa Coloma y de la asistencia psiquiátrica de entonces, pues tal y como expone Comelles (1988: 5) *existen pocos estudios en conjunto sobre la psiquiatría española*, aunque cada vez van ganando terreno. Parte de la historia expuesta está basada en la presentación que de este centro hace la Diputación de Barcelona. <http://www.diba.es/torribera/historia.asp>

El presupuesto también quedó afectado por la obras de la “clínica de enfermedades nerviosas” en el marco de los acuerdos del “Consell de la Mancomunitat” y que en orden de urgencia en primer lugar figuraba la creación de un hospital para el tratamiento de los enfermos mentales considerados curables (Véase anteproyecto 1).



Anteproyecto 1. Anteproyecto de la Clínica Mental de Sta. Coloma de Gramanet de los arquitectos Masó y Pericas. On line <http://en.todocoleccion.net/iberica-206-1917-geologia-canarias-clinica-menteal-santa-coloma-gramanet-maso-pericas~x27523224>.

Por este motivo, se adquirió:

En el terme de Santa Coloma de Gramenet, una finca anomenada Torre Ribera o Torribera de 60 mujades, aproximadament, amb un cost de compra de cent mil pessetes. Posteriorment es va obrir un concurs d' avantprojectes per a la construcció (...) amb els arquitectes Josep M. Pericas i Rafel Massó (Ventura, 2008: 134)

La construcció se projectó en seis fases: preparació de las tierras, suministro de agua, gas y electricidad en los doce pabellones que formaban el conjunto de la Clínica Mental, construcción de la portería, administración, construcción de seis pabellones de beneficencia, de la cocina, de la limpieza, un pabellón de enseñanza, policlínica, capilla, pabellón de infecciosos, casa del director y la última fase construcción de seis pabellones para pensionistas, quedando el diseño distribuido de la siguiente forma:

- ◆ 2 Pabellones de agitados (para hombres y mujeres) con 60 plazas en total.
- ◆ 2 pabellones de semiagitados (hombres y mujeres) con 70 plazas en total.
- ◆ 2 pabellones de pacíficos (hombres y mujeres) con 70 plazas en total.
- ◆ 6 pabellones de pensionistas con 100 plazas en total.

Como actuaciones de urgencia se empezaron las obras de un centro de asistencia de primera línea: La Clínica Mental de Santa Coloma (Véase fotografía 2), que no pudo llevarse a cabo en ese momento porque en 1924 el Directorio Militar disolvió la Mancomunidad y el servicio de dementes, comentado anteriormente, pasó de nuevo a depender de las Diputaciones. La inauguración fue en Octubre de 1930 y se llevaron 90 enfermos crónicos de Sant Boi.



Fotografía 2: La Masía. Titulo "Torribera" 1928. Autor: Familia Girbau Mirabet. On line <http://www.foro-ciudad.com/barcelona/santa-coloma-de-gramenet/fotos/188304-torribera.html>.

En aquel tiempo se edificó también la iglesia, el pabellón para las enfermeras, que después fue el convento y la casa del director. En el año 1935 se acabó la construcción de los pabellones denominados Inmaculada, Montserrat, Convento, portería y tanatorio.

El periodo de preparación y construcción fue largo, pues no se puso en marcha el servicio de la clínica mental, como he referido anteriormente, hasta 1930. Cuatro años antes, la diputación de Barcelona encargó al Dr. Busquets que estudiara la asistencia de los psicópatas. El Dr. Tomás Busquet Teixidor, médico -psiquiatra, Inspector de los Servicios de alienados de la Diputación de Barcelona, por encargo de la Diputación provincial de Barcelona (Servicio de Asistencia de Psicópatas) elaboró una primera propuesta y se dispuso a viajar para incorporar las ideas sobre la asistencia psiquiátrica que por aquel entonces existían en otros países de Europa. Corría ya el año 1926 cuando el Dr. Busquet inicia su viaje de descubrimiento y conocimiento de la asistencia psiquiátrica de Suiza, Alemania y Francia. Este viaje tenía el objetivo de estudiar la organización de los establecimientos de asistencia y tratamiento a los psicópatas existentes en esos países y poner en práctica las nuevas orientaciones: los conocimientos observados y aprendidos para trasladarlos a su proyecto de creación de un establecimiento para la asistencia y tratamiento de los “psicópatas”: este proyecto daría lugar a la construcción de la Clínica Mental de Santa Coloma. Estas nuevas orientaciones existentes en Europa se basaban en:

La vigilancia cuidadosa de los enfermos, en substitución de las murallas y rejas; el encamamiento, los baños y la actuación del médico substituyendo a los procedimientos de rigor, el trabajo intensamente practicado y organizado científicamente; la libertad y el trabajo condicionados al estado mental de cada enfermo en substitución de la permanente ociosidad de los mismos, dentro de locales cerrados e insuficientes. (...) es lo que en mi concepto debemos pretender nosotros: Crear nuestra propia Clínica Mental y todas nuestras instituciones psicoterapéuticas con todos aquellos detalles prácticos adaptados en las organizaciones más modernas, y además, con todo aquello que la experiencia y el estudio de las organizaciones extranjeras hayan sugerido a nuestra iniciativa (Busquet, 1927:7-8)

Durante su viaje (Busquet, 1927) descubrió que las organizaciones “psicoterápicas”²⁶ en los países extranjeros visitados se denominaban: Asilos- Colonias y Hospitales o Clínicas, existiendo un gran debate sobre el nombre de cómo denominar a estos establecimientos de “psicópatas”²⁷. Los denominados Asilos-Colonias eran para los enfermos que respondían a las necesidades de la moderna técnica de asistencia y tratamiento de los “psicópatas”. Estos establecimientos eran los más conocidos y generalizados, para los franceses y suizos *Asil d’ Alienes* y en Alemania *Heil- und Pflegeanstalten für Psychische Kranke*, que traducido literalmente es “Asilo para el cuidado y curación de los enfermos de la mente”. Aquí encontraban refugio los “psicópatas” alienados que no podían convivir dentro de la sociedad sin que fueran un peligro para la misma. Estos establecimientos poseían extensiones de terreno donde cultivaban, tenían granjas y talleres de los cuales se ocupaban los enfermos internados, porque se consideraba que el mejor elemento curativo para los “psicópatas” era el trabajo. Otros tipos de establecimientos eran: el Asilo, destinado a los “psicópatas” inválidos física o mentalmente para el trabajo. Y la Colonia para los enfermos que trabajaban en las granjas, talleres, jardines, etc. Las Clínicas u Hospitales estaban destinadas para los “psicópatas” que presentaban formas de carácter agudo y curable. Hospital para los agudos, por la necesidad de atención y de cuidados especiales para los “psicópatas” afectos de enfermedades intercurrentes.

Busquet utilizó el concepto “Instituto Psicoterapéutico” porque el término no se prestaba a confusiones con Hospital psiquiátrico que, por aquel entonces, eran establecimientos destinados al tratamiento de “psicópatas” y agudos “curables”. Decidió abstenerse de utilizar la palabra manicomio porque era una palabra totalmente nuestra que sonaba mal a los oídos de los enfermos y más aún a sus familias, pues, la palabra manicomio revivía los prejuicios que se había formado el público alrededor de estos establecimientos (Busquet, 1927:11). Su objetivo principal:

²⁶ Así las denomina el autor y por ello empleo este término. Para nosotros actualmente se denominarían psicoterapéuticas.

²⁷ Así los denomina el autor y por ello empleo este término. Nosotros los denominaríamos ahora enfermos.

Era curar a los psicópatas curables aprovechando el periodo de desarrollo de la psicopatía, evitando así el que ellos se hagan incurables por la simplísima causa de no ser tratados debidamente y en tiempo oportuno (Busquet, 1927:288)

Busquet insistió en que se debía dotar a la clínica con todos los recursos psicoterápicos necesarios, disponiendo de pabellones y departamentos agradables y confortables, salas alegres, y claras, adornadas con tapicerías artísticas, cuadros, muebles sencillos pero confortables, flores y plantas en abundancia para dar la sensación de que los aposentos de los enfermos son íntimos y placenteros, pues esta sensación beneficia el estado mental de los enfermos:

Hay que destacar que los enfermos respetan estos adornos, las flores y plantas, pues tienen conciencia del bien que les reporta (Busquet, 1927:288-289)

El conjunto del lugar debía responder a la idea de ciudad jardín, donde los edificios quedasen rodeados de amplios espacios libres. La referencia más inmediata donde también disponían de pabellones rodeados de amplias áreas ajardinadas era el hospital de Sant Pau (Diputación de Barcelona, 2005). Sin embargo, esta filosofía cambió drásticamente por los acontecimientos políticos que se sucedieron:

El 13 de setembre de l' any 1923, el general Primo de Rivera, arran del seu cop d' Estat i la següent implantació de la Dictadura militar, va destituir Puig i Cadalfach com a president de la Mancomunitat (...) posteriorment abolí la mancomunitat, el 20 de març de 1925. Així acaba el primer gran projecte d' atenció als malalts mentals (...) Durant la dictadura les diputacions catalanes van passar molt pènuries econòmiques (Ventura, 2008:143)

Resumiendo a Ventura (2008), durante los cinco primeros años de la República el Servicio de Inspecciones de los manicomios elaboró informes donde se evidenciaba la pésima asistencia que recibían los enfermos mentales y donde los porcentajes de curación eran mínimos. Con la guerra civil española (1936-1939) la asistencia de los enfermos, el desarrollo científico y humanitario de la psiquiatría se paró. La posguerra fue una continuación de violencia institucionalizada, precariedad, hambre, enfermedades, destrucción de familias, miseria, pobreza, hasta 1954 que comienzan a remitir cuando se inician los planes de estabilización. La psiquiatría durante todo este tiempo sufrió un "cataclismo". La mortandad en los centros psiquiátricos se cifraba en un 40 % de los enfermos. Muchos psiquiatras se exiliaron o fueron *depurados*. Entre los psiquiatras catalanes sólo quedaron los que tenían ideología "nacional", que eran

los que ocupaban las plazas vacantes y que pretendían crear una psiquiatría “nacional” propia. Abolida la Generalitat, los centros psiquiátricos pasaron nuevamente a las diputaciones. En 1944 se publicó la Ley de Bases de Sanidad Nacional, donde se manifestaba que la asistencia psiquiátrica era competencia del Ministerio de gobernación, haciendo constar también que la Dirección General de Sanidad organizaría la asistencia psiquiátrica, familiar y extramancomial. Entre los años 1952 y 1968 se empezaron a comercializar los psicofármacos. Entre las décadas de los sesenta y setenta surgió un movimiento denominado la antipsiquiatría:

La mal anomenada antipsiquiatria sorgí als anys seixanta i setanta com una crítica radical als fonaments de la psiquiatria i, en la seva pràctica, marcà una fita, no tant per les seves aportacions innovadores sinó perquè evidenciava la profunda crisi científica i ideològica de les formacions socials. Però va introduir una fita consolidada: la necessitat del reconeixement dels drets fundamentals dels malalts mentals (...) L' antipsiquiatria és un terme ambigu que s' inclou en tots els moviments de contestació dels anys setanta, que qüestionen la societat d' aquell moment (...) El gran ideòleg va ser Franco Basaglia, que va transforma, a Trieste, l' assistència psiquiàtrica de la regió i que, a més va donar lloc a un moviment denominat “psiquiatria democràtica”, lligat al -partit comunista d' Italia (Ventura, 2008:287-288)

Resumiendo a Ventura (2008), el punto de partida de este movimiento fue la publicación del libro *L' Instituzione negata* de Basaglia (1970) basado en una reforma asistencial con una nueva visión de la salud mental que impulsó el movimiento de desinstitucionalización del enfermo mental y del tratamiento en comunidad como alternativa a los hospitales psiquiátricos. Este tratamiento se fundamentaba en la función asilar que ejercían los hospitales psiquiátricos, que agravaban los problemas y constituían una causa más de la cronicidad. Con esta reforma se pretendía superar la legitimización de los manicomios y de la psicoterapia institucional, formular una actuación de abandono progresivo del hospital psiquiátrico y la creación de una red de recursos de salud mental en la comunidad que es el modelo teórico por el cual nos guiamos actualmente en Cataluña desde 1990 con la creación del plan de salud mental. La década de los setenta fue socialmente convulsa. El franquismo agonizaba en España, murió Franco y comenzó el periodo de transición y en 1978 se redactó la constitución española (Véase tabla 1).

1914	Creación mancomunidad cuatro diputaciones
1931	Decreto asistencia psiquiátrica
1936	Se crea Conselleria Sanidad y Asistencia Psiquiátrica Proyecto piloto red asistencial comunitaria
1967	Proyectos comunitarios desde la Diputación
1970	Decreto de comisión técnica asistencia psiquiátrica
1975	Plan Asistencia Psiquiátrica (Sector, H.Día...) Van surgiendo centros de Higiene Mental
1978	Creación Insalud: no asume psiquiatría
1981	Nuevo plan Asistencia Psiquiátrica
1979-1981	Asunción de transferencias de Seguridad Social
1981-1983	Despliegue mapa sanitario
1981	Se crea el Institut Català de Salut Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP)
1985	Comisión para la reforma - Jornadas de la Diputación
1986	Ley General Sanidad
1990	Inicia traspaso competencias de Diputación a Generalitat
1991	LLOSC: Ley General de Ordenación Sanitaria Se crean Servei Català de Salut y Pla de Salut Mental
1987-89-91	Red de toxicomanias, red de salud mental infanto-juvenil, red de centros de día
1999	Decreto de creación Red de Salud Mental

Tabla 1. Cronología histórica. Capellá Batista-Alentom, A. (2001) La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán. Pp.: 1382. Disponible On line en <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n79/n79a09.pdf>.

Retomando la cuestión de la evolución histórica de la Clínica Mental o Recinto Torribera, hay que decir que ésta va paralela a la evolución de las necesidades asistenciales y sociales del país en general y de su entorno concreto. El proyecto²⁸ preveía un esquema de aplicación de la asistencia exterior o extrasanatorial y su objetivo fundamental era mantener al enfermo en el seno de su familia y de la sociedad y no internado; por ello, el servicio exterior tendría una función de prevención, de control de los tratamientos, de seguimiento, cooperación y rehabilitación del enfermo, de tal manera que disminuyese el tiempo de internamiento y se detectaran precozmente los brotes agudos de los pacientes (Comelles, 1988:147)

²⁸ El plan Bordas (Comelles, 1988:148) recogía la mayor parte de las reformas y proyectos de la asistencia psiquiátrica en los países europeos: la organización de las estructuras intermedias, la diversidad de servicios complementarios, el trabajo protegido, la asistencia familiar y una red de atenciones centradas en el domicilio del paciente, lo que actualmente denominamos atención domiciliaria.

La propuesta de organización exterior se publicó en la Revista *La Medicina Catalana* y su autor, Bordas (1937), era uno de los médicos de la Clínica de Santa Coloma (Véase ilustraciones 2 y 3)

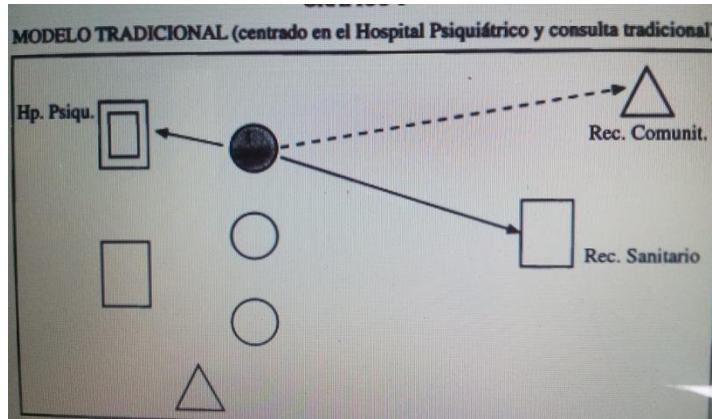


Ilustración 2. Modelo tradicional. Capellá Batista-Alentom, A. (2001) *La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán*. Pp: 1383. Disponible On line en <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n79/n79a09.pdf>.

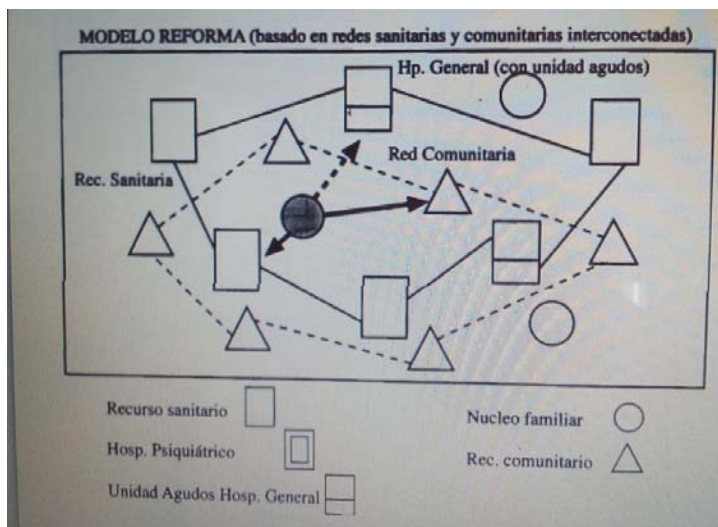


Ilustración 3. Modelo Reforma. Capellá Batista-Alentom, A. (2001) *La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán*. Pp: 1383 Disponible On line en <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n79/n79a09.pdf>.

En 1942 acabaron las obras de los pabellones de Lourdes y de Sagrado Corazón, que fueron inaugurados en 1945 y 1946 respectivamente. El año 1962 finalizaron las obras del pabellón de Sant Pau y en el año 1972 las de los pabellones Centrales²⁹ y Docentes

²⁹ En este edificio central se encuentra ubicada la H4 unidad seleccionada para esta investigación.

y la zona polideportiva, que en 1986 se cedió su uso al Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet. En el año 1972 se cerró la Masía a usos asistenciales³⁰.

3.2.- DEL 1985 AL 2000

En el ámbito docente, en el año 1985 el centro acogió a médicos internistas residentes (MIR) de psiquiatría y en el año 1994 a psicólogos (PIR) de psicología clínica. Durante los años 1983 al 1993, la Escuela Gimbernats de Enfermería y Fisioterapia impartió sus enseñanzas en el Recinto. En 1992 se incorpora a la oferta formativa la Escuela Emili Mira i López, y en 1995 el CESNID i la UNED. Paralelamente a la evolución de la sanidad en Cataluña y coincidiendo con la voluntad de la Diputación de Barcelona de utilizar sus recursos en beneficio de los municipios, en 1994 se inició el desarrollo en el centro de la vertiente socio-sanitaria. El año 1995 se materializó un concierto con el Servicio Catalán de la Salud al tiempo que se inauguró el rehabilitado pabellón de Núria. En 1996 se abrió una Unidad Funcional Interdisciplinaria (UFIS) de demencias. En 1997 se inauguraron las nuevas instalaciones del Centro Martí i Julià. Y en el año 1999 se finalizaron las obras de adecuación de la planta baja del pabellón de Llevant y se ocupó con 59 pacientes psicogerítricos, y se finalizaron también las obras de rehabilitación de la planta H6, en donde se trasladaron 16 usuarios de psiquiatría general de agudos, el mes de junio, de tres equipamientos asistenciales: el Centro de Día del Centro Martí i Julià, la planta baja del pabellón de Llevant y la unidad de agudos H6, los dos primeros concertados (Diputación de Barcelona, 2005).

3.3.- DEL 2000 A LA ACTUALIDAD

El 16 de Junio de 2003 los Centros Asistenciales de Torribera cambiaron su nombre y pasaron a denominarse Centros Asistenciales Dr. Emili Mira i López, (CAEMIL), en

³⁰ Actualmente los pabellones de Lourdes, San Pablo, Inmaculada y Montserrat, que eran los pabellones emblemáticos de la Clínica Mental, están vacíos y sus usos se han cedido a la universidad. El convento está deshabitado pues las monjas que vivían en él y prestaban sus servicios, se vieron obligadas a marcharse aproximadamente sobre el 2003-2004, (según comentaron por no tener personal de relevo). El pabellón del Sagrado Corazón fue derruido. La Masía que “podríamos decir que fue el manicomio, incluso aún conserva las famosas rejas de las ventanas” se utiliza como sala de congresos y su uso también está cedido. Los usuarios que vivían en estos pabellones fueron paulatinamente trasladados al edificio donde se ubicaba la universidad o escuela de enfermería (que fue trasladada).

honor a los valores de su figura³¹: *modernidad, constancia, trabajo centrado en las personas, voluntad permanente de mejora, docencia e investigación y fidelidad a unos principios y a un país*. El año 2005, Torribera celebró sus setenta y cinco años convirtiéndose en todo:

Un símbol de la història recent de Catalunya. De la Clínica mental, inaugurada l'any 1930 per la Diputació d'aquell temps, a l'actual recinte Torribera, amb una diversificada oferta de serveis i una integració creixent dins de la vida de Santa Coloma de Gramenet (...) El dia 22 de desembre de 2009 el Consell de Govern de la Generalitat de Catalunya va aprovar, en el context del pla d'ordenació de competències entre la Diputació i la Generalitat, el traspàs dels serveis dels Centres Assistencials Emili Mira i López (CAEMIL), de la Diputació de Barcelona a la Generalitat de Catalunya. En aquest sentit, el Servei Català de la Salut, la Diputació i el Parc de Salut Mar van signar un conveni en el què s'establia la nostra cooperació, a través de l'Institut de Neuropsiquiatria i Addccions (antic IAPS), en el desenvolupament de l'activitat sanitària assistencial dels CAEMIL i la nostra col·laboració per tal d'ajudar a garantir l'atenció integral del pacient i la coordinació amb les diferents línies sanitàries, de docència i recerca. En http://www.parcdesalutmar.cat/hospitals/emili_mira/historia.html

El CAEMIL (Centros Asistenciales Dr. Emili Mira i López) dispone de una cumplida oferta de servicios en salud mental que abarca todos los niveles de la atención sanitaria: ambulatoria, hospitalaria y sociosanitaria con 424 plazas distribuidas en tres pabellones y 300 profesionales, que dan servicio tanto a nuestra comunidad más inmediata como a la población y a los profesionales de la Región Sanitaria Barcelonés-Nord. Actualmente en CAEMIL se utiliza el modelo de gestión por procesos asistenciales.

Los procesos asistenciales son itinerarios construidos en un complejo asistencial construido a partir de los recursos intelectuales, emocionales, sociales, institucionales y culturales de los microgrupos implicados con una enfermedad (Comelles, 1997:2)

³¹ Dr. Emili Mira i López, Nació el 24 de Octubre de 1896. Se licenció en Medicina en la UB con un premio extraordinario en el 1917. Su papel fue decisivo en la introducción de la moderna orientación profesional. Fue el introductor en los círculos médicos catalanes del pensamiento psiquiátrico alemán. Ocupó la primera cátedra de Psiquiatría de la Universitat de Barcelona, en 1933. Fue presidente de diversos congresos internacionales de Psicología.

Entendiendo la definición de *proceso asistencial* como: la trayectoria que sigue un paciente desde que ingresa hasta que sale de alta médica; teniendo en cuenta tanto los recursos de todo tipo, como todas aquellas actividades y actuaciones que sean necesarias hasta que el paciente salga de alta recuperado totalmente o lo más recuperado posible.

Otra definición importante es la de *dispositivo asistencial* que corresponde a la oferta existente basada en especialistas o instituciones formales y a sus connotaciones simbólicas. Situados en un plano de mediación entre las directrices macro-sociales y las micro-sociales (Comelles, 1997). Es decir, lo que en el lenguaje de gestión hospitalaria se denomina la cartera de servicios: servicios que ofrece el hospital. Y el *complejo asistencial* corresponde a los edificios que forman el hospital. Actualmente en los CAEMIL se configuran seis procesos asistenciales, mediante programas de atención específicos.

- Programa de Atención a la Cronicidad con 128 plazas en total. Los recursos de que dispone: Unidad de Normalización Social y Orientación Comunitaria, unidad de Larga Estancia Psiquiátrica y Unidad de Larga Estancia Psicogeriatría
- Programa de Atención a los Trastornos Cognitivos. El programa dispone de Psicogeriatría, en régimen de media estancia con 15 plazas y de larga estancia con 85 plazas
- Programa de Atención Socio-sanitaria Comunitaria. El programa dispone de dos recursos: Unidad Funcional Socio-sanitaria (UFISS) y Hospital de Día Socio-sanitario con 25 plazas.
- Programa de Atención Comunitaria en Salud Mental. Dotado de: Centro de Salud Mental de Adultos Martí y Juliá dispone de 30 plazas. Hospital de Día con 20 plazas y PSI (Programa de Servicios Individualizados) o Atención Domiciliaria.
- Programa de Urgencias y Hospitalización Breve. El programa dispone de tres recursos: Servicios de Urgencias Psiquiátricas. Dispone de Box con dos plazas, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos. 48 plazas distribuidas en 2 plantas, Unidad de Patología Dual. Dispone de 20 camas

- Programa de Rehabilitación Psicosocial. El programa dispone de tres recursos: Centro de Día que dispone de 30 plazas, Unidad de Hospitalización de Subagudos, Unidad de Alta Dependencia Psiquiátrica.

La Hospitalización de pacientes psiquiátricos agudos atiende en régimen de corta estancia al enfermo mental con el objetivo de resolver su crisis psicopatológica en el mínimo tiempo posible, con la máxima recuperación de sus capacidades y reinserción en su medio habitual. Se considera enfermo agudo aquél que presenta una estancia de hasta 20 días. Los criterios de ingreso son ser mayor de 18 años y padecer un trastorno mental (ya expuestos en el apartado metodológico). Y en la unidad de hospitalización en régimen de agudos H-4 son principalmente el sector territorial de procedencia del enfermo y las necesidades de atención específica. Tal y como escribe López (2006):

Las pruebas en el Clínico no detectaron ningún trastorno orgánico. (...) Al no ser del sector correspondiente, cosas de la territorialidad, de los límites que han de estar puestos en todos los rincones de nuestras vidas, me mandaron a los Centros Asistenciales Dr. Emili Mira i López, el manicomio de toda la vida, la antigua clínica mental de Santa Coloma. (López, 2006: 36)

En función de cada sector de territorialidad el paciente ingresa en una unidad o en otra, ya que cada dispositivo de hospitalización tiene diferente coste económico ligado a la necesidad de atención específica de cada unidad. La Hospitalización psiquiátrica en agudos es la homóloga de la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) de un hospital general y se rige según las mismas normativas, pues es donde existen más recursos, los profesionales más especializados y más tecnología (en realidad no es del todo así). La H4 forma parte de las dos unidades de agudos y sería el equivalente a la UCI de un hospital y debería de estar mejor dotada en cuanto a recursos humanos y materiales. Esta unidad es denominada “de crisis” por los profesionales que trabajan en ella, porque *se chupan todas las crisis, las de sus pacientes y las de pacientes de otras unidades: la crisis de la H6, de dual...* Se encuentra situada en el segundo piso del edificio central (Véase fotografía 3) y pertenece al proceso o Programa d’ Urgències i Hospitalització Breu en el ámbito de salud mental. Este programa dispone de dos unidades con un total de 46 camas, más el servicio de urgencia que dispone de dos camas de Box (observación). De las 46 camas, 28 camas corresponden a la unidad H4.



Fotografía 3. Pabellón Central.

En los últimos años los pacientes atendidos han ido disminuyendo porque se han construido unidades psiquiátricas de agudos en los grandes hospitales de referencia³²: Hospital de la Vall d' Hebron y el Hospital de Vic. Esto repercute en tener menos ingresos, pues abarcamos menos sectores de población. Sin embargo, desde hace años este número de ingresos ha ido aumentando, no disponiendo prácticamente de camas libres. Muchos de nosotros pensamos que puede influir la gran crisis económica que estamos sufriendo. Tapada (2002) resalta la importancia de que un edificio es algo más que su arquitectura, es una representación simbólica, opinión que comparto con ella, pues la unidad de H4 representa para los que trabajan allí, *una de las unidades más difíciles y complicadas, no queriendo muchos profesionales trabajar allí, porque les da miedo*:

No es suficiente analizar únicamente las manifestaciones físicas de la organización espacial y, por lo tanto, es importante también considerar la relación entre las expresiones físicas-arquitectónicas, sociales y simbólicas. Rapoport añade que las incongruencias en el diseño arquitectónico son muy habituales y considera que la

³² Y en un futuro no muy lejano el Hospital de l' Esperit Sant y el Hospital Trias i Pujol posiblemente contarán con unidades de psiquiatría para pacientes con trastornos mentales. Durante el desarrollo de esta tesis en la institución se había "comentado que posiblemente la unidad de admisiones y de hospitalización psiquiátrica en régimen de agudos de Torribera, se trasladarán a uno de estos dos hospitales". Antes del 2010 este centro estaba en situación de traspaso a la Generalitat de Catalunya, que es la entidad que tiene las competencias en materia de salud mental y no la Diputación de Barcelona (de aquí deriva la denominación de servicio impropio de Diputación), y al llevarse a cabo este traspaso, las unidades de agudos y de admisiones y/o urgencias pasarán a formar parte de otro hospital. Actualmente desde febrero del 2010 Torribera o CAEMIL (como ahora se denomina) forma parte del Consorcio Parc de Salut Mar y las urgencias continúan perteneciendo al centro.

razón está en el grave error que supone ignorar el comportamiento cultural (...) un edificio no es sólo un edificio, sino la idea mental que tenemos sobre el mismo. El significado y el contenido simbólico que le otorgamos y que además compartimos con otros individuos, aunque ese significado no se desvele explícitamente. La arquitectura de estilo ha manejado estos códigos de significado simbólico apropiándose en ocasiones del significado global del edificio y suponiendo que ese significado es compartido por todos los estamentos sociales de la misma manera. Supuesto totalmente falso; como sabemos, quienes vivimos en un espacio, construimos, damos significado, uso o desuso a ese producto arquitectónico. El diseñador o arquitecto propone, el grupo dispone (...) Organización espacial y entorno construido forman parte de un todo, aunque son en esencia diferentes. Mientras la organización espacial es básicamente un contenido mental que forma parte del campo del pensamiento y de la acción humana, el entorno construido es el espacio tangible, medible, de lo edificado (Tapada, 2002:14)

Y como afirma Rapoport, más allá del producto arquitectónico concreto se encuentran las pautas mentales de organización espacial que dan coherencia y significado a estos elementos constructivos. Tomando por caso la construcción tradicional, una tipología edificatoria concreta reproduce y materializa una determinada forma de organización cultural específica de ese grupo (Rapoport, 1994). Esta información forma parte del paquete cultural que lo hace identificable y distinguible del resto; forma parte de su identidad como grupo. Y la unidad de H4 y sus moradores reproducen unas pautas y comportamientos formando un paquete cultural con identidad propia, que la distingue del resto de unidades del Recinto.

PARTE II

A TRAVÉS DEL ESPEJO Y LO QUE ALICIA ENCONTRÓ ALLÍ: ¡el boulevard de los sueños rotos!

*Hay un salón delante del espejo y otro detrás. En el de detrás todo funciona al revés, la realidad se ha invertido y Alicia se siente extraña, tiene que interpretar cada cosa por primera vez ¿Quién no se siente como Alicia alguna vez al día?
¿Cuántas veces caemos en el mundo al revés sin darnos cuenta? (...)
Parece que hemos venido a este mundo con un espejo en el cerebro,
que es la proyección del yo en las cosas.
En las aguas, en las piedras pulidas, en el metal brillante o en el cristal hemos
buscado nuestro reflejo desesperadamente.
Y a veces más que mirarnos nos asomamos a sus reflejos para descubrir el futuro o
para liberarnos de nuestra pequeña realidad.*

Clara Sánchez

4.- LA CASA DEL ESPEJO: el escenario

*Juguemos a que existe alguna manera de atravesar el espejo;
juguemos a que el cristal se hace blando
como si fuera una gasa de forma que pudiéramos pasar a través.
¿Pero, cómo?! ¡Si parece que se está empañando ahora mismo y convirtiéndose en una especie de
niebla!! ¡Apuesto a que ahora me sería muy fácil pasar a través! (...)
Y en efecto, el cristal del espejo se estaba disolviendo,
deshaciéndose entre las manos de Alicia,
como si fuera una bruma plateada y brillante.*

Lewis Carroll

4.1.- UNA CARRETERA “LOCA” Y UNA LARGA HISTORIA

Está oscuro y fuera se siente el frío de la noche. Los coches o motos de los trabajadores van llegando. La mayoría de ellos acude a su trabajo en vehículo propio, dado las malas combinaciones de transporte que existen para poder llegar. Poco a poco se van acercando y se sitúan a la entrada de la finca, donde está situado el psiquiátrico. Todos ellos pasan por debajo de un arco enorme que configura parte de la fachada, con retratos grabados de personajes célebres y donde antiguamente se leía “Clínica Mental” y que hace unos años se sustituyó por “Recinto Torribera” (Véase fotografías 4-5). Este mundo aparece ante nuestros ojos a través de una barrera de seguridad que se abre leyendo la matrícula del coche que poseen los trabajadores. Y entramos en el manicomio de entonces y en el psiquiátrico de ahora...



Fotografía 4. Entrada del Recinto Torribera, antigua Clínica Mental.

A través de una carretera que bordea los primeros pabellones construidos -aquellos que debajo de sus “entrañas” esconden pasadizos que se conectan unos con otros... Y donde las voces más remotas narran que todavía son visibles símbolos del trato al

“loco”, tales como “argollas”... Espacios en sí que, tras sus muros, guardan un sinfín de misterios y que actualmente están cedidos a la universidad-.

La construcció dels pavellons va portar associada la urbanització dels terrenys que els envoltaven, mantenint-hi les feixes agrícoles com a jardins vinculats als pavellons, envoltats de petits vials horitzontals connectats entre ells en els dos perímetres de la finca i creant un eix central amb escalinates de gran bellesa (...) Es van construir dos edificis de grans dimensions d' estructura reticular amb estètica racional, molt poc respectuosos amb el recinte noucentista i amb la finca agrícola que els alberga, concebuts com a edificis hospitalaris(...) (Diputació de Barcelona, 2006: 144-148)



Fotografía 5: Vista parcial de la Clínica Mental (1928). Autor: Familia Girbau Mirabet.

Entramos en ese centro colmado de viejas historias, historias llenas de sufrimiento, de vida y de muerte, de logros y fracasos, de cambios producidos a lo largo de tantos años...

Els vehicles de visitants, treballadors i estudiants haurien d' aparcar a l' entrada, mentre que l' accés rodat a les cotes altes seria només per a vehicles autoritzats (taxis, ambulàncies, vehicles de manteniment i vigilància, vehicles oficials...). L' aparcament s' hauria d' organitzar majoritàriament en les grans esplanades de l' accés,(...) per disminuir l' impacte actual respecte a l' entorn, i limitar la presència de cotxes en les cotes superiors (Pavelló Central i Núria) (Diputació, 2005; 146)

Actualmente esto no es así. En realidad cada trabajador aparca donde le parece más cómodo, práctico y cercano al vestuario donde se cambia, para después dirigirse a su unidad o pabellón donde trabaja. López (2006) narra en su relato:

Me sorprendió el entorno de montaña pelada y florida a la vez. La puerta los medallones de médicos insignes, engañaba haciendo creer al iluso que entraba que todo acaba allí. Pues no, un goteo de arquitecturas escoltaban la línea verde que a conduce a admisiones y a las urgencias, mezclando la frondosidad de los

pinos con las fachadas de los pabellones que se dejaban medio ver en el camino (López; 2006: 36)

Por esta puerta, descrita por López (2006), van entrando los trabajadores de CAEMIL (Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López) accediendo a través del arco de la entrada, en su mayoría son auxiliares y diplomados de enfermería. Pues sobre estas horas de la mañana, 6.45h a 7h entran los profesionales de enfermería. El resto de profesionales entra a las 8h. Todos ellos se dirigen a los vestuarios³³ masculinos o femeninos. Ya en ellos, proceden a cambiarse la ropa de calle por un uniforme. Todo un acto cargado de simbolismo, que pasa desapercibido para ellos, y que cambia completamente su imagen y rol: ahora son personas encargadas de brindar cuidados.

Con esa ropa de calle colocada en una taquilla, se despojan del que hasta ahora es su mundo, intentando dejar atrás los problemas y los diversos roles que cada uno de ellos/as desempeña fuera de ese espacio: una mala noche donde no se ha podido dormir, los hijos que quedaron en casa y uno con fiebre, los problemas con la pareja, las tareas de la casa, los problemas con los padres, los estudios... y en un segundo intentan dejar en su subconsciente todas esas cuestiones que hasta ese momento son el eje central de sus vidas. Podríamos considerar el vestuario como un espacio liminal de cambio que pasa desapercibido para los profesionales. Pues es parte de la cultura y lógica institucional: como refieren Basaglia (1970) y Goffman (1961), es la manera cómo la institución aborda el comportamiento de las personas que la integran asumiendo su rol. Mientras se van cambiando de ropa, -en algunas ocasiones ni siquiera son conscientes del cambio de *mentalidad*- asumen el papel que a partir de ese momento ejercerán, durante toda una larga jornada de trabajo (dependiendo de su jornada laboral: siete horas y media o siete horas). Trabajo que se realiza en un espacio cerrado, sobrio y marcado por el internamiento: puertas cerradas con llaves, ventanas protegidas con celosías que, actualmente, sustituyen a los antiguos barrotes. Incluso los uniformes y las batas blancas: *manchas blancas que corren sin pararse*, tal y como me refirió hace años una paciente aquejada de la enfermedad de Alzheimer para definirnos. Basaglia (1970) describía:

³³El vestuario es el del sector de salud mental, pues existen dos vestuarios: éste y el de socio-sanitario. El vestuario se encuentra ubicado en la planta baja o sótano del bloque central de la institución.

Antes de partir, las cerraduras y los enfermos fueron controlados. Puede leerse en las notas redactadas por un turno de enfermeros del equipo siguiente, para garantizar el perfecto funcionamiento del servicio. Llaves, cerraduras, barrotes, enfermos, todo forma parte, del material del hospital del cual son responsables los médicos y las enfermeras (Basaglia, 1970: 155)

El vestuario es el punto de encuentro de los profesionales, éste se podría comparar con la plaza de un pueblo porque es el centro neurálgico donde confluyen casi todos los trabajadores, bien a la entrada o a la salida. En este espacio se intercambia todo tipo de informaciones: confidencias, cotilleos, bromas, susurros y murmullo de voces contadoras de historias, anécdotas, comentarios e incluso risas. Risas que a esa hora de la mañana inundan un espacio sobrio, constrictor, represivo y lo tornan vivo. Y donde también sin ser conscientes de ello, las profesionales naturalizan a los enfermos.

Un día mientras realizaba mi observación en el vestuario me extrañó el silencio que existía. Eran las 14 horas, la hora en la que la mayoría del personal baja al vestuario a cambiarse el uniforme por su ropa. Para algunos de ellos, es el momento preciso en el cual dejan de ser profesionales de Enfermería. Irene (enfermera de agudos) siempre ha dicho: “Yo a las dos me quito el uniforme y dejo de ser enfermera”. Este día, había unas cinco o seis personas cambiándose y no hablaban, no se oía sonido alguno, sólo el ruido de las taquillas al abrirse y cerrarse, así como el sonido de cuando se introduce y se saca ropa. Una de ellas -un auxiliar de enfermería de la unidad de patología dual³⁴- rompió el silencio diciendo: “qué silencio hay hoy ¿Qué es lo que pasa que no habla nadie?” Un auxiliar de la H4 comentó “esto pasa porque no está Irene, la enfermera³⁵, que es la que se hace de notar... Ya verás mañana cuando venga ella, el escándalo que hay”. Las demás rieron y asintieron.

Las personas que componen el equipo de enfermería de la unidad de agudos, según sus propias compañeras, *son personas risueñas, vivarachas, alegres, divertidas e incluso se podría decir, escandalosas* en ciertos momentos. Algunos las llaman las *brujas*. Este equipo de enfermería de H4, del turno de mañana son mujeres³⁶: dos

³⁴ Unidad perteneciente al bloque central. Compuesta por 16 camas para personas con patología dual: trastorno mental más consumo de drogas.

³⁵ Esta enfermera forma parte de la muestra de los profesionales de esta tesis.

³⁶ Durante toda la tesis utilizaré el término enfermera en vez de enfermero, puesto que la mayoría del personal de enfermería son mujeres.

enfermeras y 5 auxiliares. Son personas que saben encontrar el lado positivo de las cosas e incluso en ocasiones reírse de ellas. Don que les permite afrontar situaciones especiales cargadas de *subidones de adrenalina* que conllevan un peligro para su propia integridad física y que resultan peligrosas. Y este buen humor precisamente les ha ayudado a superar muchas situaciones vividas. Situaciones que requieren por parte de los profesionales, una serie de abordajes, con unos límites muy marcados, para poder controlar estas situaciones de alto riesgo:

Los límites impuestos por el hospital son necesarios si se quiere impedir que los pacientes sufran las repercusiones sociales de su conducta antes de comprender su alcance; si se quiere evitar que se aíslen o que se rodeen de espíritus afines que refuercen, socialmente, las exteriorizaciones de su conducta inadaptada (Gralnick, 1974:193)

Esta autoridad generalmente recae sobre el personal de enfermería, pues son los encargados del cuidado y vigilancia del enfermo. Aunque deben ejercerla con la mayor flexibilidad posible:

Pero, pese a que la flexibilidad debe de ser muy grande, no debe llegar a permitirse la concreción de una situación caótica. Esto sucede algunas veces cuando a un conjunto demasiado numeroso de enfermos se les concede una libertad excesiva. Y puede suceder también cuando se trata de dar gusto a demandas irracionales de algunos enfermos, sin pensar en el efecto que tal actitud pueda tener sobre el resto del grupo. Muchas veces el paciente ejerce presión para lograr satisfacción de sus gustos, y si las autoridades hospitalarias ceden, franqueando los límites de lo razonable, se comprueba que no se benefician ni el enfermo ni sus compañeros. Al mismo tiempo, suele pedirse al grupo que tolere la conducta egoísta de determinados pacientes. Muchas veces es delicado encontrar el punto medio, y puede resultar difícil trazar límites adecuados. Pero, esta es una tarea que debe de ser cumplida en gran medida por el equipo terapéutico y administrativo. El personal médico y las enfermeras deben de ejercer su autoridad con gran prudencia. Deben de ser flexibles sin mostrar debilidad; firmes pero no agresivos. Deben ser lo bastante fuertes como para mantener sus decisiones, aunque tengan que enfrentar la hostilidad de uno o de varios pacientes. Deben mostrar autoridad, pero no autoritarismo. En todo momento deben maniobrar con gran habilidad, sin exagerar la autoridad, de manera que los responsables puedan replegarse sin rencor, frente a una situación demasiado explosiva, aunque tengan que volver sobre el problema en un momento más oportuno. Los que ejercen la autoridad deben tener siempre presente que ganar o perder una batalla frente al paciente no reviste ninguna importancia; lo esencial es que, como resultado del enfrentamiento, los enfermos logren un mejor insight y las autoridades aumenten sus conocimientos... Algunas personas consideran que el hospital debe de representar un retiro del mundo (Gralnick, 1974:22-23)

Preparados con el uniforme y la *artillería pesada*: bolígrafos de colores, rotuladores, libreta con “chuletilas”, llavero con un puñado de llaves “parecemos antiguas amas de llaves”, la famosa llave de cuadro; que es una especie de llave que tiene un doble uso y se utiliza para las correas, en la contención de los pacientes agresivos y agitados y para poder abrir las ventanas de las habitaciones y de la unidad. Cada llave sirve para abrir unas puertas: las puertas de entrada y salida, las puertas de emergencia o corta-incendios, del botiquín, de las salas de actividades y de las habitaciones. Es importante que todos los trabajadores del recinto, así como los estudiantes, dispongan de estas llaves pues de otro modo no podrían moverse. Y por último, un imán o *chupete* como lo solemos llamar los profesionales y que sirve también para el nuevo modelo de contenciones.

Ataviadas con todo el “material” necesario, todas ellas van saliendo del vestuario. Se encaminan al pasillo que conduce a las escaleras o al ascensor y aquí, en ocasiones, se van formando grupillos, normalmente por unidad de trabajo y se dirigen al ascensor. Introducen la llave en la cerradura; el ascensor también funciona con una llave; y una vez éste baja al sótano, se van acomodando dentro de él, y poco a poco van subiendo, a la unidad de destino, preguntándose en silencio ¿qué me deparará el día de hoy?, ¿cómo estará la planta?, ¿cuántos ingresos tendremos hoy?, ¿quiénes serán? Y con estos interrogantes, entre risas y buenos días se van sumergiendo en ese espacio y extraño mundo de locura... mundo donde en ocasiones se rompen los sueños, las aspiraciones, los objetivos, las metas de toda una vida y donde algunos de los enfermos sienten que el mundo se les viene encima.

El ascensor llega a su destino: el segundo piso del edificio central del Recinto. Una a una las profesionales de enfermería de la H4, van saliendo de su interior. Se encuentran en el descansillo, a escasos dos metros de la puerta de entrada al control de enfermería, donde hoy, como muchos días, se encuentra el turno de noche esperando dar el *intercambio de información de turno*, para poder irse a su casa. Una de ellas introduce la llave roja en la cerradura de la puerta del control y se abre la puerta.

Una primera mirada nos descubre una de las peculiaridades de la unidad: es una unidad cerrada. Esto significa que todas las puertas están cerradas con llave. También tenemos las unidades semi-abiertas, en las cuales los internos pueden salir y entrar a unas horas concertadas; estas unidades son las que pertenecen al programa de rehabilitación psicosocial.

El turno de noche está compuesto por tres auxiliares y una enfermera. En este turno y en el de tarde trabaja más personal masculino que femenino; Al contrario que en el turno de mañana. Los mismos profesionales buscan argumentos del porqué refiriendo que en general, hay más hombres trabajando en la tarde y en la noche *porque todavía en nuestra sociedad y en la actualidad, la mujer es la que se ocupa del cuidado de los hijos y de las tareas domésticas y es por la tarde cuando los hijos están en casa, pues salen del colegio, guardería, etc.* También encontramos personas muy jóvenes trabajando en el turno de noche, porque *este turno es ideal cuando estudias.* Algunos de estos profesionales del turno de noche ya se han cambiado el uniforme por ropa de calle.

Generalmente, los profesionales de enfermería van uniformados con la “casaca, los pantalones y los zapatos” y deben de llevar la identificación con su nombre y categoría profesional. Pero la mayoría de ellos no la lleva enganchada en el uniforme, porque *al igual que existe una ley de confidencialidad para los pacientes, también debería existir para ellos, pues los usuarios no tiene por qué saber sus apellidos, puede ser peligroso.* Por ello, cuando entras en el control se juega al juego del quién es quién ya que nadie sabe realmente quién es la enfermera y quiénes los auxiliares. Esto suele darse en todos los turnos. Además, si hay personal nuevo no se conocen entre ellos. A veces, alguien pregunta al siguiente turno: *¿eres la enfermera? o ¿eres auxiliar?*

La diplomada de enfermería es la que relata los acontecimientos que se han producido durante la tarde o noche: “si un paciente ha tenido insomnio y se le ha administrado la reserva³⁷”, si a “pepito se le llamó la atención porque vino de permiso muy subidito”, que si “marianito bien, sin problemas”. Si “tal ha ingresado esta noche”. Una vez

³⁷Una medicación que el psiquiatra prescribe en ciertas ocasiones, como son: situación de la ansiedad, insomnio, inquietud, agresividad, etc. Son conocidas por los profesionales como reserva o medicación rescate. También las podemos conocer por “las si” es decir, si precisa.

acabado el traspaso de información el equipo de noche sale de la unidad y se encamina hacia las escaleras o se “pierde” en el interior del ascensor buscando el vestuario.

4.2.- ESPACIO CONSTRUIDO: TRAS LOS MUROS DEL MANICOMIO

Para realizar un análisis antropológico de las culturas o pueblos siempre se ha dicho que el contexto y el tiempo son elementos clave para ello. Tapada (2002), en su ponencia *Antropología, vivienda y realojamiento urbano: la necesidad de diseños arquitectónicos más flexibles y adaptados*; nos evidencia esta cuestión a través de una de las principales aportaciones de la antropología del espacio construido. Vislumbra la existencia de una amplia gama de formas de vivir el espacio. El espacio construido es un poderoso recurso “nemotécnico”:

La antropología del espacio ha intentado ir más allá de la descripción para adentrarse en el análisis de las variables que intervienen en la relación de un grupo cultural determinado y su entorno inmediato. La forma particular que tiene el ser humano de vivir el espacio y de construir en el espacio permite que el grupo mantenga su identidad y exprese los rasgos que lo hace distinguible de sus vecinos, es decir, del otro. La antropología en el campo concreto del uso cultural del espacio nos dice que la forma de vivir el espacio y de construir en el espacio cumple una función esencial en el proceso de socialización, ya que permite recordar las normas de comportamiento acordado culturalmente a partir de la asociación del comportamiento normativo con el espacio físico. Las pautas de conducta cotidiana apoyan esa labor de memorización de esos parámetros que permiten recordar aspectos de la historia(s) cotidiana, remota o simbólica del grupo (Tapada, 2002: [párr.3])

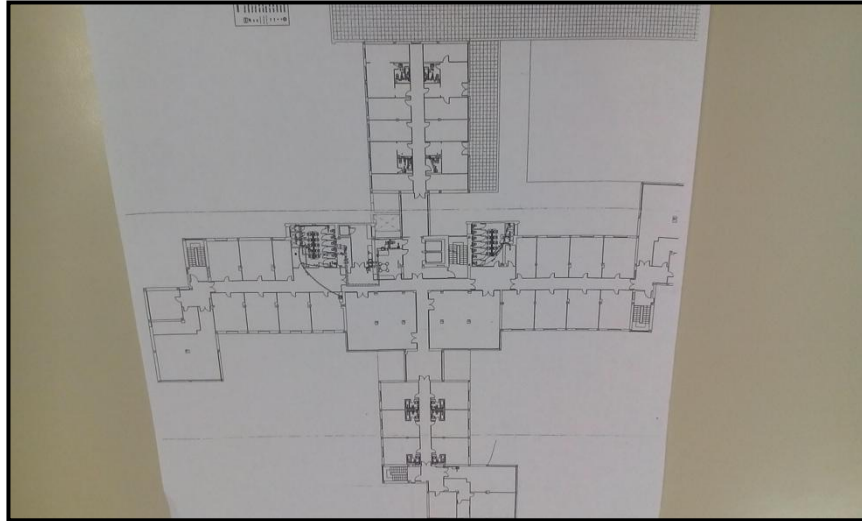
Un mecanismo que permite que la gente recuerde y fije la información normativa colectiva facilitando la reproducción de la misma en la vida diaria (Rapoport, 1978; Amerlinck & Bontempo, 1994:89)

En el marco de las instituciones hospitalarias estos elementos también son imprescindibles:

Goffman (1961) con su obra “Internados” o Barton con su “Neurosis institucional” dieron el pistoletazo de salida. Desde entonces siempre se ha utilizado el tiempo y espacio como elementos de denuncia o como herramientas para la mejora asistencial. Se empezó con la denuncia de la cronicidad asilar, siguiendo con las Reformas Psiquiátricas tratando de romper los muros del manicomio y salir al espacio extrahospitalario... terminando con la actual división de los espacios

hospitalarios en Agudos, Media Estancia o Crónicos, muy mediatizadas por los "Días de Estancia Media" (Simón, 1997: 9)

Ahora volvamos a la casa del espejo: dirigimos una primera mirada al paisaje de la unidad, una parte de ella la conforma la arquitectura de la planta (Véase plano 2).



Plano 2. La casa del espejo: unidad de H4.

Su distribución es similar a una planta de cruz latina. Desde la puerta de entrada de la unidad salen tres pasillos: uno hacia la derecha que es el sector de mujeres (con cinco habitaciones) y un ropero; otro pasillo parte hacia la izquierda, zona donde se ubican los hombres (con 7 habitaciones) y un ropero. En el centro de la unidad se abre otro pasillo que es la zona de Vigilancia especial, aquí se encuentran cinco habitaciones de observación o “aislamiento”, como solemos denominarlas, y todas ellas cuentan con baño propio. También encontramos en este pasillo el botiquín o farmaciola. Estas cinco habitaciones tienen una peculiaridad: sus camas están fijadas al suelo teniendo una función añadida: la de contener a los usuarios agresivos porque aún estando en contención mecánica *movían la cama, botando y saltando hasta que conseguían colocar la cama en la puerta y enfermería no podía entrar*; por ello ahora las fijan con tornillos al suelo. Quizás esto podría tener explicaciones en lo que escribe Comelles (1981): las estructuras de las instituciones manicomiales van ligadas a los comportamientos que acreditan a los locos y no a la interpretación científica de la locura. Estos comportamientos son ordenados por este autor alrededor de dos ejes: por un lado, la limpieza y suciedad; y por el otro, la tranquilidad y la agitación. Este

sector de vigilancia especial estaría englobado dentro del segundo eje: el de la tranquilidad y agitación.

Continuando con la descripción, decir que la unidad dispone de un comedor y dos salas de televisión. Al inicio del trabajo de campo en esta unidad existía una diferenciación entre estas dos salas: para usuarios fumadores y no fumadores³⁸. Actualmente no existe diferenciación porque está prohibido fumar. A la entrada y en medio de los tres pasillos se ubica el control de enfermería al que el personal de enfermería denomina “la pecera” porque la zona interior que da al pasillo de la unidad está totalmente acristalada³⁹. Fuera de la unidad se encuentran los despachos médicos y una sala de visitas.

4.3.- CADA HORMA A SU ZAPATO: DINÁMICAS Y RITUALES

En el control de enfermería queda el turno de mañana ante una *larga jornada de trabajo* y dan comienzo las rutinas y *rituales* de cada día... Los profesionales poco a poco se dirigen a la tisanería, se supone que el nombre se debe a *lugar donde antiguamente se preparaban las tisanas a los internos*. En este lugar es donde desayuna el personal de enfermería ya que dispone de microondas y nevera. Aquí podemos encontrar unas taquillas de pequeño tamaño donde pueden dejar y guardar sus pertenencias (bolsos, mochilas, libros de consulta de enfermería, las planillas de los días que les toca trabajar o que tienen fiesta⁴⁰). Este espacio está dotado de tres armarios, uno para cada turno, donde guardan tazas, vasos, platos, café, etc. Cada

³⁸ Me parece importante destacar este aspecto pues según la ley antitabaco de 2007 no se permitía fumar en los hospitales; sin embargo, en las unidades de hospitalización de agudos psiquiátricos se permitía fumar en la sala de la televisión. En la actualidad no se puede fumar en las unidades de agudos psiquiátricas pero sí en las unidades de rehabilitación. Esta cuestión de no “poder fumar en las unidades de agudos” genera muchos conflictos entre los usuarios fumadores y los profesionales.

³⁹ No hace muchos años estos cristales del control de enfermería eran de vidrio y en más de una ocasión de agitación de un paciente se rompieron, provocando consecuencias negativas, tanto para el paciente como para el personal. Actualmente son de un material de plástico “irrompible”.

⁴⁰ Son personas que trabajan en régimen de turnos y por ello trabajan fines de semana y festivos. La planilla es individual y en ella se encuentran las fiestas semanales (sábados y domingos) o intersemanales, jueves y viernes o lunes y martes, éstas se van alternando, dependiendo si trabajan el fin de semana o no.

persona trae consigo su desayuno. Al contrario de psiquiatras, psicólogos o trabajadores sociales que desayunan y/o comen en la cafetería o comedor del recinto; la mayoría los profesionales de enfermería desayuna, come o cena en la unidad.

Salimos de la tisanería y el turno de la mañana ya se distribuye el trabajo. Primero “se da la vuelta a la unidad”: esto significa que se inspeccionan todas las habitaciones de la planta para verificar que todos los usuarios están en la unidad y que se encuentran bien. Segundo, comienza la división del trabajo: cada categoría profesional tiene unas competencias y por ende “unas tareas”. Los auxiliares preparan las mesas del desayuno; que se sirve aproximadamente a las 9 horas y a los usuarios que están despiertos les proporcionan los enseres personales que necesitan para ducharse, asearse o afeitarse⁴¹; también toallas y pijamas limpios.

A estas horas de la mañana, en el control de enfermería, *bulle el movimiento*. Una de las enfermeras extrae los documentos necesarios para trabajar ese día: censo de la planta, control de dietas, el registro de tareas o cuidados de enfermería de su turno. Revisan una pizarra Velleda donde están anotadas todas las visitas hospitalarias externas programadas como: (RM) Resonancia Magnética, TAC (Tomografía Axial Computerizada), retornos de permiso, valoraciones, consultas externas, etc. También consultan un módulo de cajetines ubicado en un mueble del control, donde se depositan las solicitudes de analíticas pendientes que previamente ha debido de imprimir el diplomado/a del turno de noche; también revisan si para ese día hay consultas en el servicio de medicina interna, UFISS (Unidad funcional interdisciplinar socio-sanitaria). Y anotan los usuarios que tienen prescripción de diferentes protocolos: Observación por Riesgo de Autolisis (ORA), Observación por Riesgo de Conductas Imprevistas (ORCI) y Sujeción Mecánica (CM) (explicados en el apartado 9.1). Esta enfermera lee los *cursos clínicos*⁴² de los usuarios ingresados. En ellos se encuentra toda la información de cada usuario y son un “documento común” que comparten

⁴¹ Las cuchillas de afeitar las entrega enfermería y deben de llevar un control. Siempre se les informa a los “internos” “que una vez acabado su afeitado debe de entregar la cuchilla de afeitar”. Se aconseja a los usuarios que utilicen maquinillas de afeitar eléctricas. Esto se debe a que las cuchillas son peligrosas y más de una vez algún profesional enfermería se ha llevado un “buen susto”.

⁴² Documento donde todos los profesionales escriben la Información de la evaluación de cada persona. Actualmente esta informatizada y es utilizada por todos los profesionales que participan en el proceso del usuario.

todos los profesionales y en él escriben todos los actores implicados en el proceso clínico, se denomina Historia Clínica Informatizada. Mientras esta enfermera “lee y anota la información de cada usuario”, la otra enfermera se dirige al botiquín con un auxiliar de enfermería y juntos preparan la medicación prescrita para cada usuario.

Hasta hace dos años, las enfermeras a las 8 horas también realizaban los TECs (Terapia electroconvulsiva) pero actualmente estos TECs se realizan en el Hospital del Mar. Cuando han acabado, una de las enfermeras prepara todo el material que necesita para después realizar las técnicas y procedimientos de enfermería porque, sobre las 8.30 horas de la mañana, se inician lo que denominan *técnicas de enfermería*: analíticas, toma de constantes vitales, control y registro del peso, inhaladores, curas, etc. En múltiples ocasiones, después de acabar de preparar los tratamientos prescritos, la enfermera, si algún usuario está despierto, se dispone a realizar las tareas (tensiones, analíticas, curas).

A continuación, la mayoría de ellos se dirigen a la tisanería para prepararse el café; “taza en mano” se trasladan al control de enfermería para iniciar la reunión de organización del turno. En esta reunión, el equipo de enfermería se organiza la jornada de trabajo y se decide quién realizará cada tarea: acompañamientos al servicio de somática, a la UFISS o quién realizará el taller o grupo. Además, la diplomada que ha leído los cursos clínicos de los usuarios los explica al resto. La finalidad de esta reunión es transmitir la información de los pacientes a todos los miembros del equipo de enfermería.

Sobre las 8.15 horas todos ellos se levantan y se dirigen a su sector de trabajo pues existe una división del trabajo, según el modelo de enfermero de referencia adoptado en el centro (lo describiré en párrafos sucesivos). Las enfermeras proceden a realizar todos los cuidados de enfermería con sus pertinentes registros; y las auxiliares se encargan de los cuidados de baño, higiene acicalamiento de los internos, así como de “hacer las camas”. Si las enfermeras han acabado “sus tareas” también hacen camas y colaboran con los auxiliares pues dicen *somos un equipo*; este hecho no se da en todas las plantas.

Sobre las 9 horas de la mañana todos se dirigen al comedor donde se sirven los desayunos de los pacientes y se administra la medicación de los usuarios. Más tarde,

se registra toda la información que haya podido surgir y se dividen en dos grupos para desayunar. Sobre las 10.30 horas, los usuarios pueden recibir llamadas de teléfono, siempre que conste en las indicaciones médicas. A las 12 de la mañana se sale a pasear y a las 13 horas se sirve la comida. A las 14 h. se inicia otra vez el traspaso de información con el personal de la tarde.

La dinámica de la tarde es muy similar a la de la mañana excepto en las visitas de familiares: que son a partir de las cinco de la tarde y a esta misma hora es la merienda de los internos. A las ocho de la tarde se sirve la cena y a las 9 de la noche se intercambia la información con el turno de noche.

Hasta ahora simplemente he narrado las dinámicas de los profesionales de enfermería, pero en las unidades de hospitalización existen otros actores que también están implicados en el proceso clínico de los usuarios ingresados: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros. Sus dinámicas son muy diferentes a las que tienen asignadas los profesionales de la enfermería, pero no por ello son menos importantes.

El estamento facultativo inicia su jornada laboral a las 8 horas de la mañana generalmente con la reunión de ingresos, que tiene lugar en la primera planta del edificio central a la que acuden todos los facultativos de las unidades de agudos, de patología dual e urgencias, junto a psicólogos, trabajadores sociales, todos excepto los enfermeros de hospitalización de agudos⁴³. Esta reunión se celebra cada día de lunes a viernes y tiene lugar en una sala presidida por una gran mesa circular. En esta reunión es donde el psiquiatra de guardia explica a sus compañeros los ingresos que ha habido y el director del programa realiza el reparto de los pacientes. El psiquiatra asignado se denominará psiquiatra de referencia y cada uno cada de ellos en su unidad tiene asignado un color. Una vez que las enfermeras y/o auxiliares saben qué psiquiatra lleva a cada paciente proceden a la elaboración de tarjetas identificativas de colores (azul, amarillo, verde y rojo). Estas tarjetas son para el planning⁴⁴ y otras para colocarlas debajo de la tarjeta identificativa de los médicos de referencia de la planta. En el caso

⁴³ Hace unos meses la Cap d'àrea de agudos ha conseguido que el diplomado de enfermería de urgencias pueda acudir a dicha reunión.

⁴⁴ Planning es una especie de plano, en un cuadro colgado en la pared, donde se encuentran dibujados los sectores en los cuales se encuentra dividida la unidad con las habitaciones de hombres, mujeres y de observación o vigilancia especial.

de la H4, debido a los recortes en sanidad, trabajan tres psiquiatras siendo uno de ellos el Director del proceso. Cada psiquiatra trabaja con un equipo de enfermeros y auxiliares que previamente se han dividido los pacientes entre los turnos de mañana y tarde. Esta selección se realiza con el fin de mantener una equidad y equilibrio entre los turnos. Este método de asignación junto con los objetivos que se persiguen recibe el nombre de Modelo de Enfermero de Referencia que es el modelo utilizado en este psiquiátrico. El hecho de *adjudicar al sujeto ingresado turno y equipo de enfermería* es para que el paciente y su familia tengan tres personas de referencia. Este modelo intenta individualizar al máximo los cuidados, en base a las necesidades del sujeto y su familia, así como de intentar prevenir la *deshumanización de la persona enferma* dentro del ámbito hospitalario psiquiátrico.

El Modelo de Enfermero de Referencia supone la responsabilidad directa de cada enfermera y auxiliar de referencia sobre los cuidados del grupo de usuarios que les son asignados en su unidad las 24 horas del día y durante todo el tiempo que dure su hospitalización y, por tanto, son los responsables de determinar y registrar el Plan de Cuidados (PAE) en el dossier individual de cada paciente, lo cual garantizará la continuidad de los cuidados, así como del registro de todas aquellas acciones y observaciones que se deriven de las atenciones que se les preste según sus necesidades. También la enfermera y auxiliar de referencia son los responsables de aportar la información de la observación, relación y planes de cuidados al equipo interdisciplinar con el objeto de poder desarrollar los Planes Terapéuticos individualizados de cada paciente en las Reuniones de Casos Interdisciplinares, en las que se determinan objetivos conjuntos consensuados y se establecen las acciones a desarrollar por cada una de las disciplinas para el logro de los mismos.

Cada unidad tiene establecidos días y franjas horarias para tales encuentros. Estas reuniones o encuentros, a mi entender, pueden ser considerados como espacios de significación; según refiere Serres (1972), los seres humanos no habitamos solamente un espacio físico o geométrico, sino que también vivimos en espacios afectivos, sociales, estéticos, históricos, etc. Espacios antropológicos y simbólicos de interpretación, donde las relaciones sociales, sobre todos las relaciones de poder, se tornan visibles a los ojos de sus protagonistas. Un factor clave son las relaciones

humanas entre los profesionales, pues éstas considero que tienen el poder de transformar y condicionar los espacios y viceversa:

Nacen de la interacción entre las personas, comprenden a la vez los mensajes, las representaciones que ellos evocan, las personas que los intercambian y la situación en su conjunto, tal y como es producida y reproducida por los actos de los participantes (...) los espacios vividos son relativistas: ceden y se deforman alrededor de objetos que ellos contienen y que los organizan. Las personas, las imágenes, las palabras y los conceptos son más o menos estructurantes según la intensidad afectiva que se les dedica. Espacios evanescentes, como pequeñas burbujas que se crean en el momento de un encuentro, y luego desaparecen... espacios más durables, retomados, ensanchados, endurecidos, instituidos (Lévy, 2003: 1)

Actualmente, las relaciones entre el estamento facultativo y el estamento de enfermería se han distanciando, levantándose un muro que al parecer cada día es más difícil de salvar. Esta es la percepción de todas las enfermeras, incluyendo aquellas que vienen a suplir cuando las enfermeras *fijas de la planta* hacen sus fiestas intersemanales, pues trabajan los fines de semana. Ellas comentan que la peor unidad para trabajar de todo el Recinto Torribera es la H4 *porque en esta unidad los psiquiatras son muy clasistas, tratan al equipo de enfermería como criadas* (Ione. Enfermera). Según el testimonio de esta enfermera, en la unidad existen tres grandes grupos o “tribus” bien demarcados y definidos: los médicos, enfermería y los pacientes. El primero está compuesto por psiquiatras, geriatras, psicólogos e incluso los trabajadores sociales configurando todos ellos un grupo que marca la estratificación y jerarquía existentes en el espacio de la unidad.

Esta estratificación está basada en dos aspectos clave: por un lado, la jerarquía existente (de la cual ya he hablado) dentro del propio sistema biomédico: médicos, seguidos de las enfermeras, detrás de ellas los auxiliares; y por otro, las relaciones de poder establecidas y afianzadas y que el usuario conoce. Sin embargo, los facultativos se encuentran ubicados *fuera de la planta*, en el vestíbulo de la unidad, donde se encuentran los ascensores, a mano derecha se abre una especie de prolongación-pasillo que pertenece a la unidad, pero que está separada del lugar donde se encuentran los sujetos ingresados y el personal de enfermería. Los facultativos disponen de despachos individuales fuera de la unidad de hospitalización. Un ejemplo de este tipo es oír decir a un paciente: *déjame salir que quiero hablar con el médico*.

Aunque muchos de ellos pasan visita en el botiquín, lugar donde, además del control de enfermería, trabajan y realizan sus funciones las enfermeras. Por ello, la utilización de este lugar por parte de los facultativos es causante de otro desencuentro entre los dos tipos de profesionales: cuando el psiquiatra está visitando a un paciente las enfermeras “no pueden entrar a realizar las técnicas a otros pacientes”, cosa que molesta en gran medida al personal de enfermería.

El segundo grupo, enfermería: diplomados y auxiliares que se ubican dentro del “control de enfermería”. Y el tercer grupo, los enfermos. Los familiares constituirán un cuarto grupo, con menos relevancia. Este hecho considero que puede ser porque no se encuentran continuamente dentro de la unidad pues su presencia es ocasional y nunca entran dentro de la unidad de hospitalización pues las normas no lo permiten⁴⁵. Se quedan a la entrada de la planta en lo que se considera la sala de visitas, donde se ubican los ascensores y los despachos médicos. Es decir, en los *extramuros de la unidad* que es el espacio conocido como fuera de la unidad. Este dentro y fuera de la unidad potencia el hecho de que exista un “nosotros” (profesionales de la salud) y un “ellos” los sujetos ingresados o pacientes. Esto se hace patente sobre todo en situaciones conflictivas: una de estas situaciones puede darse cuando algún paciente se agita o se muestra agresivo.

Por situaciones como la que acabo de describir, en salud mental es muy importante la observación y la utilización del lenguaje no verbal. A veces con una simple mirada a un paciente el personal sabe si el sujeto está bien o si por el contrario *éste está nervioso y se va a agitar*. Entonces alguien puede exclamar *¡hoy bailamos!*, esto quiere decir que muy posiblemente ese día se va a dar una situación de conflicto por una posible agitación.

Durante los primeros días después del ingreso los internos no son conscientes de las relaciones de poder existentes entre los profesionales, pero a la que llevan unos días en la unidad las perciben y las utilizan. Sobre todo a la hora de querer conseguir alguna cosa por parte del facultativo. Entonces se dirigen a las enfermeras e intentan que éstas sean mediadoras utilizando el poder de éstas para conseguir su propósito.

⁴⁵ A partir del día 3 de Junio de 2014 son permitidas las visitas dentro de la unidad. Pero he observado que las familias prefieren quedarse fuera.

Por poner algún ejemplo de los más frecuentes que ocurren, cabe citar la utilización de las relaciones de poder para obtener un permiso de fin de semana. El sujeto acude a la enfermera, sabiendo que ésta “tiene más poder que el auxiliar”, para pedirle que le diga a su médico que le dé un permiso de fin de semana para irse a su casa con su familia. Muchas veces les comentan “me he portado bien, estoy mejor, Ya no escucho las voces. Dile al médico que me deje salir este fin de semana”. Es curioso pero los viernes nadie escucha voces.

En este escenario los roles de los profesionales están bien establecidos. Todo el mundo sabe quién es el médico y la enfermera, pero existen dificultades para saber distinguir entre la enfermera y la auxiliar pues los sujetos preguntan ¿quién es la enfermera?

Las relaciones entre las enfermeras y las auxiliares son difíciles y complicadas. Pues estas últimas son más en número y llevan muchos años trabajando en esta unidad, por lo que no admiten ciertas órdenes o cambios por parte de las enfermeras.

Por otro lado, para los profesionales, el rol de paciente o enfermo está totalmente definido y asumido. Sin embargo, no es así para la mayoría de pacientes pues los propios sujetos no se consideran enfermos; la persona ingresada no es consciente de padecer una enfermedad mental. Por ello, el “rol de sentirse enfermo” no existe. Frases como *¡yo no estoy loco! o ¿qué hago aquí?* son bastante frecuentes dentro de este contexto. Esta *no consciencia de enfermedad* es el problema más grave en el ámbito de la salud mental. Este hecho dificulta el trabajo de los psiquiatras y de las enfermeras.

En cada estamento existe un nivel interno de cohesión, una similitud entre su corpus discursivo, comprensión y cierto corporativismo, pues cada disciplina posee un conjunto de enunciados comunes caracterizado por un cierto nivel de complicidad y unión ya que:

Los individuos de un grupo social comparten tradiciones heredadas, vivencias, prácticas y representaciones simbólicas que forman parte de sus condiciones de existencia (Simón, 1997: 57)

Sin embargo, entre los diferentes estamentos este nivel es de dispersión:

Creo que hay una relación asimétrica y de dominación. No sé si es por clasismo o porque es la historia de toda la vida. ¡El médico manda y las enfermeras hacen! Yo

creo que es algo que tiene que cambiar ¡la enfermera es mucho más autónoma! Debería haber más compenetración (...) Siempre hay el médico que te dice ¡haz esto! sin ni siquiera haber visto al paciente. Y yo pienso ¿cómo puede mandar si ni siquiera ha valorado, ni ha visto al paciente? Tu criterio como enfermera ¿dónde está? No puede llegar y decir “quitarle la contención”, porque si no ha ido a verlo, ni a valorarlo ¿cómo sabe cómo está? (Astra. Alumna de enfermería)

Las relaciones de poder entre médicos y enfermeras siguen existiendo y al parecer se palpa cierta rivalidad entre ambas disciplinas, así lo decía Alba⁴⁶:

¿Médicos? Compañeros de trabajo ¿Colegas? Unos los son, los otros no. Es lo de siempre: la rivalidad entre médicos y enfermeras, y más en primaria porque el hospital toda está protocolarizado y la enfermera está en su lugar y el médico en otro; y se conocen perfectamente sus funciones (...) la labor de la enfermera es muy importante, cada día gana mayor protagonismo y los médicos se sienten, muchos médicos (precisa), se sienten como amenazados en su propio trabajo, como si les estuvieran quitando el terreno, quitando protagonismo. Los médicos lo viven de una manera muy negativa y, claro es muy difícil trabajar con este tipo de gente si hay eso de... <tú de aquí no te pases porque si no te puteo>. Quien más quien menos es celoso de su trabajo y siempre intenta ganar un poco más de protagonismo (...) hay que ser muy diplomático ¿entiendes? Los hay que no son receptivos. No es que pasen de todo... A ver, yo creo que debe de establecerse un feeling entre el médico y la enfermera aunque sea antipático para el resto, si para ti está bien... Pero aquí tenemos un cascarrabias... Mira, si tienen mal carácter pero son buenos profesionales, no me importa: aguanto y callo porque sé que son buenos. En general, cuanto mayor es el médico peor, porque están habituados a la antigua escuela, cuando las enfermeras les ponían la bata en la consulta claro, es muy difícil cambiar estos hábitos (...) ¿Sabes qué decimos de los cardiólogos? Que Dios sabe que no es médico (Alba, enfermera), (Allué, 2009; 38-39)

Canals (2009), relataba:

La acogida en la sala por parte de enfermeras y auxiliares ha sido correcta y cordial. El clima es lo bastante bueno para que el hecho de pasar varios días arrastrando un gotero sea más divertido que un impedimento (...) Después de entrar en la sala me visita un médico que se presenta correctamente y me informa bien sobre mi estado, los diagnósticos y pronósticos posibles, sin rehuir ninguna pregunta. Vendrá dos veces a lo largo de la noche. Pero no vale entusiasmarse: no volveré a verlo. Su lugar está en la estancia vecina y ha venido porque hoy era el digestólogo de guardia. Sobre la estancia en la sala he de resaltar la excelencia del personal de enfermería, tanto en un sentido técnico y organizativo como relacional. Entre otras cosas he de elogiar su intervencionismo en aspectos de la vida cotidiana, que me permite sentirme otra vez persona. Debo modificar mi escepticismo hacia los cambios habidos en esta profesión, que en los años inmediatos anteriores sólo había seguido de lejos y en el plano teórico a partir de colaboraciones con escuelas de enfermería. Incluso los estudiantes de enfermería van por las salas bien supervisados por algún profesional, contrastando con la práctica selvática de los

⁴⁶Enfermera informante en un estudio de Allué (2009)

MIR (...) Los médicos al menos los que me han tocado en desgracia, son otra cosa. La intermitencia e irregularidad presiden su trabajo. Constantemente dejan cosas aplazadas y nunca se sabe cuando están o no. Las enfermeras comparten abiertamente esta queja. Empiezo a entender la diferencia entre los conceptos económicos de eficiencia y eficacia, y también empiezo a comprender (...) que la primera es más compatible con una asistencia más humanizada. Lo que más caracteriza a estos médicos (...) es su nula disposición de explicar nada al paciente. La información tengo que obtenerla siempre bajo presión, a veces dejando aparte las buenas maneras. Sobre la caótica manera de trabajar de algunos de los médicos y sobre su opacidad, una enfermera me cuenta que los pacientes veteranos, con muchos ingresos en su biografía, saben muy bien cómo interpretar y manejar a los médicos. Lástima que por la brevedad de mi ingreso no pueda conocer bien a algunos de estos pacientes (Canals, 2009; 79-80)

Algunas de las enfermeras entrevistadas expresan su malestar por lo que consideran poca autonomía en su trabajo:

A veces si esta el médico te dice ¿por qué no le pones esto? o ¿por qué no se lo has puesto? ¡Si haces bien o si haces mal, siempre te dicen algo! Y a mí me gusta más la autonomía de poder seguir tu criterio, ya que has estudiado y no solamente tienes que hacer lo que diga el médico (Pandora. Enfermera)

Se podría hacer una comparación con la mitología griega “Dioses del Olimpo”: donde encontramos la tribu de los Dioses (médicos), los semidioses (enfermería) y la de los simples mortales (los pacientes)”. Como ves, creo que es un ejemplo muy ilustrativo ¡ja, ja, ja! Los que mandan son los médicos, que se creen “omnipotentes” y están siempre como en un pedestal. A la Enfermería le correspondería el papel de “mediadores”, entre los dioses y los simples mortales y los “pobres pacientes” serían los mortales o plebeyos que no tienen voz, ni voto (Ione. Enfermera)

Y Lilyam (enfermeras comodín)⁴⁷ me escribía a través de un mail:

Trabajo en equipo: Los médicos asignados a esta unidad faltaron a la facultad el día que se explicó este concepto. Deberían empezar a reconocer que somos campos distintos, que no se subordinan, que tenemos autonomía propia y por lo tanto, dependencia funcional y sobre todo, que nuestra profesión merece tanto respeto como la suya (...) Los diagnósticos enfermeros son competencia exclusiva de enfermería y así sus actuaciones. ¿Qué consigue un médico destapando una úlcera que ya se ha descrito en medida, grado y aspecto y está siendo tratada por enfermería? ¿Acaso conocen los recursos de los que disponemos para realizar cualquier cura?, ¿conocen los apósitos que facilita el centro?, ¿o simplemente es un acto más de clasismo con clara base de soberbia y desprecio frente a la enfermería? Esta es la lucha diaria en esta unidad, donde cada acción de enfermería es puesta en la cuerda floja, donde da igual lo que se evidencie por

⁴⁷ Comodín: diplomada o auxiliar de enfermería que a pesar “de estar fija”, no tiene unidad asignada, por lo que son “comodines” y cada día deben de pasar por el despacho de las Caps d’área y allí les comunican la unidad a donde deben de ejercer su trabajo. Siendo cada día en diferente lugar, cosa que a ellas les “quema mucho”.

nuestra parte porque no tenemos una licenciatura, donde la dinámica y organización de la unidad y del propio paciente se puede ver alterada con tal de demostrar que la actividad que esté ejecutando el equipo enfermero no tiene valor alguno, donde simplemente todo lo que emerja de nuestra profesionalidad les resulte irrisorio, por mucho que abracemos el oficio de cuidar con vocación, entrega y dedicación. Los médicos curan enfermedades pero las enfermeras curan y cuidan pacientes (Lilyam. Enfermera)

Ella sin pretenderlo, quizás dio con la clave: la diferente *mirada* de cada uno de los profesionales del equipo al objeto de estudio.

4.4.- CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO: ¿cuidar versus curar?

Este apartado debe entenderse como una aportación a la búsqueda de conocimiento y entendimiento de los desencuentros protagonizados sobre todo entre los facultativos y el equipo de enfermería. Decir que estas dos disciplinas están inmersas en la medicina moderna o biomedicina; la cual se encuentra caracterizada por dos espacios: el tratamiento técnico o (*cure*) y por otro lado los cuidados (*care*) y sus aspectos relacionales. Tal y como refiere Saillant (2009), los antropólogos junto con los sociólogos opinan que la biomedicina presenta un exceso de *cure* y un déficit de *care*. Lo cual repercute en una deshumanización. Mientras que en otros tipos de medicinas o prácticas este déficit de humanización no se presenta, como por ejemplo en la medicina ayurvédica.

La dimensión entre el *cure* y el *care* surge de la progresiva disociación de estas dos dimensiones en la historia de la biomedicina y de un reparto del espacio terapéutico entre las profesiones; el binomio *cure/care* no está necesariamente presente en los otros sistemas de medicina (Saillant, 2009: 190)

En las unidades de hospitalización no sólo existe personal médico, sino también un gran número de profesionales inmersos en el sistema biomédico. Con ello, me estoy refiriendo a la enfermería, disciplina que ésta imbricada dentro de las propias unidades de un hospital y “su especificidad radica en el cuidar” (Torralba, 2003: 2-3). Françoise Collière escribe:

El constante error, mantenido entre lo que es el orden de los cuidados y lo que es el orden de los tratamientos, hace que estos últimos sean abusivamente denominados “cuidados”, lo que hace pensar que sólo los tratamientos representan la acción terapéutica. La antigua expresión “cuidarse de...” muestra

que no se trata de luchar contra la enfermedad, sino vincularse a aquello que vive, estimulándolo y facilitando las condiciones para su desarrollo (...) Ahora bien, ningún tratamiento puede sustituir a los cuidados. Se puede vivir sin tratamientos, pero no se puede vivir sin cuidados. Incluso cuando se está enfermo, ningún tratamiento sabría reemplazar a los cuidados (Collière, 1993)

4.4.1. – “TO CARE”

Los profesionales de enfermería representan la mayoría de las personas que trabajan en las unidades: diplomados y auxiliares de enfermería en su mayoría. Sin embargo, durante muchos años buscan una autonomía dentro de las disciplinas sanitarias, aunque esto no implica alcanzar una autosuficiencia.

Históricamente, la enfermería se ha desarrollado muy estrechamente dependiente del saber y del poder médico. Desde la segunda mitad del siglo XX y hasta la actualidad, se ha establecido un intenso debate en torno a los campos competenciales, su lenguaje y los métodos de trabajo de la enfermería. La autonomía no debe confundirse con la autosuficiencia, porque aquélla aspira a regularse desde una ley propia, pero no excluye la relación con las otras disciplinas; mientras que la autosuficiencia es por definición excluyente (Torralba, 2003: 1).

El ejercicio de la profesión enfermera hoy, haciendo un análisis realista de la situación social, política y académica, sigue siendo un continuo desafío en el que nos encontramos implicadas/os (...) Conocía bien el proceso histórico tan reciente de la enfermería, siempre en continua superación, siempre cuestionada; pero a la vez siempre requerida, superando y soportando con conciencia las contradicciones de la doble política y valores que nuestra cultura ha mantenido- y mantiene- con las mujeres y sus profesiones. Trabajadoras asalariadas con puestos precarios; madres, cuidadoras por naturaleza pero culpabilizadas por su ausencia del hogar; pero también necesarias para la cadena productiva, esposas- pacientes y abnegadas- con doble jornada laboral, o triple si se tiene la inquietud de superación en el estudio (Montes, 2009: 31)

La noción del cuidado, aunque disuelta en el saber biomédico y clausurada en la práctica, ocupa un lugar central y fundamentalmente en el discurso de la Enfermería (Gauf, 1983; Leininger, 1984 en Medina Moya, 2000:39-40). Podemos decir que es el motor de la disciplina, pues el cuidado es la función específica, es el objeto del conocimiento de la Enfermería y la característica fundamental que la distingue de otras disciplinas del campo de la salud. Cada disciplina realiza una contribución propia y específica y en el caso de la enfermería es el cuidado:

La acción de cuidar no es instrumental; su sentido radica en sí misma; su significado reside en el acto humano que denota. Los elementos del cuidado suponen el encuentro (el ser y la actualización) entre personas (enfermera y paciente) en una transacción intersubjetiva (estar con y hacer con) que ocurre en un tiempo y espacio (tal y como son percibidos por el enfermo y la enfermera) y con una finalidad determinada (bienestar y actualización). Cuidar, por tanto, es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad. Esta visión (...) percibe el cuidado y la enfermedad como un “kairós existencial”, como una oportunidad única de profundizar en el alcance y las raíces de la dignidad humana (Medina, 2000:39-40)

El cuidar de alguien es velar por su autonomía, por su independencia en todos los sentidos. Ésta es la tarea de los profesionales:

- Proporcionar una ayuda competente que permita lograr la máxima independencia posible al cliente o usuario (Domínguez, 1986), sabiendo discriminar cuándo hace falta ayuda y saber suplirla cuando la persona no tenga la fuerza, el conocimiento o la voluntad suficientes para lograrla (Henderson, 1994 en García y Márquez, 2004).
- Respetar su dignidad humana, promoviendo la participación del paciente o cliente en los cuidados y respetando su libertad individual, proporcionando como experto una parcela del cuidado de la salud y de la información que permita al enfermo tomar sus propias decisiones.

Como refiere Canals (2000):

Saber acercarse al otro, comprender sus razones y hacer del cuidado profesional una negociación (...) es algo que la enfermería puede hacer con ventaja, contribuyendo a facilitar (...) el desarrollo de redes de reciprocidad o la lucha contra el estigma social (Canals, 2000: 57)

Esto que refiere Canals en psiquiatría resulta complicado y difícil incluso para los propios profesionales, que se debaten entre la lógica institucional y la suya personal: lo moral, los prejuicios, incluso las *paranoias o manías* aunque seamos profesionales de la salud. Todas ellas inducen a interpretaciones intoxicadas de la realidad, agravándose cuando las personas que trabajan llevan mucho tiempo en el mismo lugar. En todas las instituciones aparecen momentos en los cuales los trabajadores se plantean la posibilidad de *no saber si lo están haciendo bien o mal*.

En la práctica clínica y más en psiquiatría, surgen dilemas éticos que a los profesionales les hacen navegar *en una especie de limbo* y donde les cuesta racionalizar, dada la ambigüedad de ciertos episodios que acontecen. Por ello, se deberían establecer espacios de *imposibilidad de cuidar* para poder aclarar dudas que aparecen durante el ejercicio de la profesión.

Con lo que acabo de exponer trato de evidenciar situaciones conflictivas éticas vividas por enfermeras y auxiliares, donde se debaten entre lo que dictan las normas de la unidad y sus principio éticos o perspectivas individuales. Y en estas ocasiones es difícil tomar partido y decidir qué hacer, pues depende de las actuaciones *te puede caer la del pulpo o pueden expedientarte por intentar hacer un bien*.

Por un lado, se encuentran conflictos éticos; Y por otro, yo me pregunto *¿realmente se puede cuidar sin saber cómo quiere ser cuidado el otro?* Para cuidar hay que dialogar y esto, en psiquiatría, en ciertos momentos, es imposible.

Retomando el dilema existente entre el cuidar "to care" y el curar "to cure". Esta afirmación no quiere decir que cada una sea una forma excluyente de la otra, sino que se trata de formas complementarias.

Sin embargo, el cuidado, la atención humana y personalizada de la persona enferma es también un requisito indispensable para la buena praxis (Torralba, 2003: 2-3)

La finalidad de la enfermería es cuidar y/o ayudar a la persona sana y enferma. Esto no significa que el curar, entendido como *el ejercicio de restablecer la salud a una persona*, no sea también objetivo de la Enfermería pues su especificidad radica en el cuidar, pero el curar también es algo muy propio de la Enfermería. Sin embargo, en el ejercicio de la Medicina lo fundamental y el elemento principal es el curar. Una de las diferencias que considero más relevante entre el curar y el cuidar es la construcción y la mirada al objeto de estudio. Ambas disciplinas presentan un enfoque muy diferente. El Diccionario de la Real Academia Española de la Medicina (2008) define a la Medicina como: *La ciencia y arte de prever y **curar** las enfermedades del cuerpo humano*. Si analizamos con más detenimiento este concepto, tendremos que descifrar el significado de los términos "ciencia" y "arte", que son los que le imprimen a juicio de la Real Academia, el sello personal al vocablo definido. *Ciencia es el cuerpo de doctrina*

metódicamente formado y ordenado, que constituye una rama del saber humano; es también el conocimiento cierto de las cosas por sus principios y causas, acepciones ambas consignadas en el diccionario. En cuanto al arte, es presentado como el conjunto de preceptos y reglas necesarios para hacer bien una cosa; podríamos conformarnos con esta definición, pero creo que también tiene cabida la que dice que es virtud, disposición e industria para hacer una cosa.

En 1979, la Oficina Regional de la OMS para Europa publicó un “Documento básico sobre Enfermería”:

La Enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano y en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a los individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren. Esto significa que la disciplina abarca las funciones de **cuidar** tanto en la salud como en la enfermedad y se extiende desde la concepción hasta la muerte. Se ocupa de mantener, promocionar y proteger la salud, cuidar al enfermo y ayudar a la rehabilitación. Contempla los aspectos psico-somáticos y psico-sociales de la vida en lo que estos afectan a la salud, la enfermedad y la muerte. La enfermería requiere la aplicación de entendimiento, conocimientos y habilidades específicas de la disciplina (...) Es a la vez un arte y una ciencia y utiliza conocimientos y técnicas de las ciencias físicas, sociales, médicas y biológicas, así como de las humanidades (Hall, 1979)

Como se aprecia, la propia definición de cada uno de estos conceptos ya lleva implícito (he subrayado y escrito en negrita el concepto) su propia diferencia. La Medicina “cura” y la Enfermería “cuida”. Aquí radica la diferencia de la construcción del objeto. La Medicina es más científicista y la Enfermería es más humanista. Ambas disciplinas se complementan mutuamente y son necesarias para los individuos enfermos.

4.4.2.- “TO CURE”

Tal y como acabo de exponer en el apartado anterior, un motivo de las posibles diferencias entre ambas disciplinas puede ser lo que Good (2003) define como la construcción del objeto de estudio de la medicina. Para los estudiantes de medicina, el cuerpo y la patología están constituidos como específicamente <médicos> durante su educación. La entrada en el mundo de la medicina no se consigue sólo aprendiendo el lenguaje y el conocimiento básicos de la medicina, sino aprendiendo prácticas a través

de las que, quienes ejercen la medicina, afrontan y formulan la realidad de un modo específicamente médico:

Esto incluye modos de *ver, escribir y hablar* (...) La educación médica empieza familiarizándose con el cuerpo humano. Visto a través del microscopio, observando físicamente en el laboratorio a nivel orgánico, examinando con asombrosa claridad por medio de la moderna tecnología radiológica o presentado por científicos, el cuerpo aparece como un conjunto de infinitos detalles jerarquizados. (...) Dentro del mundo vital de la medicina, el cuerpo se reconstruye como un cuerpo médico, muy distintos de los cuerpos con los que nos interrelacionamos en la vida cotidiana y la familiarización con el cuerpo refleja una perspectiva específica, una organizada serie de percepciones y de respuestas emocionales que afloran con la emergencia del cuerpo como ámbito médico (Good, 2003: 140-41)

Según (Good, 2003), aprender medicina se basa precisamente en “determinar en qué mundo haya de adquirirse el conocimiento” y el hecho de estudiar cómo se aprende revela algunas de las prácticas formativas a través de las que la medicina construye ese mundo. Y cada escuela tiende a enseñar a los estudiantes una serie de prácticas que complementan el diagnóstico estándar y las actividades terapéuticas. En la Universidad de Harvard, donde Good realizó su estudio, los cursos de medicina social o de humanidades médicas y de ciencias del comportamiento enseñaban a los estudiantes a prestar especial atención a lo que experimenta el paciente, a evaluar cuestiones éticas en el ejercicio de la medicina y a considerar el contexto social de la enfermedad y de la atención médica, a entrevistar y a evaluar a los pacientes de manera acorde con tales perspectivas. Por otro lado, las cuestiones sociales y de comportamiento constituían una minúscula parte de los programas de estudios médicos y en los años de formación, esas dimensiones de la medicina, llamadas *psicosociales* se trataban como cuestiones marginales, absorbidas por la formación normativa, dejada a un lado para casos excepcionales o totalmente ignoradas⁴⁸ (Good, 2003: 162). También Menéndez destaca la poca importancia que adquieren dentro del contexto biomédico (sobre todo en psiquiatría) los factores sociales y culturales, siendo la dimensión cultural cada vez menos utilizada, salvo en ciertos padecimientos, como en el caso del Sida o de las adicciones (Menéndez, 2003)

⁴⁸ Ciertamente, esta crítica tal y como apuntó en el informe Bok sobre <educación médica>, sirvió precisamente como una de las justificaciones fundamentales para el desarrollo del nuevo programa de estudios de Harvard (véase Bok, 1984).

La medicalización del cuerpo tampoco ha ayudado a aumentar la importancia de los factores sociales y culturales en el proceso de enfermedad. Esta medicalización ha sido tema para la proliferación de estudios desde diferentes disciplinas. En un ejemplar de la Revista Debats dedicado al cuerpo, Martínez (2002) expone:

El fenómeno de la cosificación y fragmentación del cuerpo tiene uno de sus precedentes más destacados en la conformación, a principios del siglo XIX, de la medicina positiva. Comparando un informe clínico de Pomme, un clínico del siglo XVIII que trató de curar un caso de histeria con baños de diez a doce horas por día durante diez meses, y otra de Bayle, un médico del siglo XIX que visualizó por primera vez las lesiones encefálicas de la parálisis general progresiva sifilítica, Foucault nos introduce en ese pliegue del conocimiento que dio luz a la medicina. En un lapso inferior a cien años, entre finales del siglo XVIII y principios del XIX, se produce una transformación de la ciencia médica donde el modelo clasificador, externalista y neohipocrático de las enfermedades se sustituye por una incursión en el espacio de los órganos. Como consecuencia se crea una nueva articulación en el conocimiento médico que se desplaza de una botánica de los síntomas a una gramática de los signos, de una visión holística de la enfermedad y del cuerpo a una perspectiva fragmentada, de un ¿Qué tiene usted? “a un” ¿Dónde le duele a usted? (Martínez, 2002: 4)

Continuando con Martínez (2002), en el lenguaje hospitalario, el *dónde* que apuntaba Foucault se ha convertido *en el espacio protagonista frente a una totalidad corporal que ha enmudecido*. Ese sujeto que se llama *yo* en el lenguaje y que adquiere entidad biográfica ha sido disuelto y omitido. Sus palabras se corresponden, en todo caso, con una comunicación de malestares, síntomas y signos de alguna enfermedad o disfunción. Tal como apuntó Martínez (2002)⁴⁹, es cierto que en el ámbito hospitalario los profesionales de la salud, cuando se refieren a los pacientes, los denominan por números de habitaciones, o se refieren a ellos como “el de la neo” –neoplasia-, “el del lupus”, “la de la episio”- episiotomía-, etc. Esto repercute en ciertas “jergas o argots” que son utilizados en este mundo biomédico por los profesionales. Mi unidad de observación, la terminología empleada no tiene que ver con número de habitación, ni con patologías, allí no se les llama *el esquizo*- esquizofrénico-, *el paranoide* o *el maniaco*, sino más bien los apelativos tienen que ver con actitudes y/o estados en los

⁴⁹ Mientras continuo hablando de estos temas sigo resumiendo o citando literalmente o a estos autores.

que se encuentra el paciente: “la que chilla”, “el que canta”, “el que escupe”, “el de la contención”, “el que está a punto de rebotarse”, “el que se ríe”. Cuando colocan *estas etiquetas* la mayoría de los profesionales no son conscientes de ello. Como tampoco lo son los que trabajan en un hospital y los denominan por el número de habitaciones. En cierto sentido, es una manera inconsciente de organizar el trabajo pero deshumaniza a la persona enferma. Y el mundo hospitalario y los profesionales de la salud contribuyen a ello. Puesto que el *mundo clínico* deja de lado las individualidades de cada uno para construir un paquete cultural con un lenguaje propio y científico, alejado de los factores culturales; tal y como refería Tapada (2002).

Actualmente sufrimos una biologización y tecnificación de la psiquiatría y existe un abandono del interés por el papel de los factores culturales y sociales en la locura o enfermedad psíquica. Como resultado de ello, la escucha atenta del relato del paciente, la empatía y el análisis de la estructura familiar han quedado en un segundo plano. Pues, hoy en día, las enfermedades mentales ya no son percibidas por la sociedad como resultado de problemas psicológicos, sociales o culturales sino como enfermedades físicas y síntomas (Martínez, 2000); Por ello, la psiquiatría ha sufrido un mayor acercamiento a la Biomedicina. Esto es lo que algunos autores han definido como *el retorno de la psiquiatría a sus raíces médicas* (Robins y Helzer, 1986). Este reencuentro con los *orígenes* toma como referencia histórica trabajos de Kraepelin⁵⁰ realizados entre 1885 y 1926. La orientación biomédica en psiquiatría, conocida como neokraepelinismo, basó en la clasificación, psicoanálisis, descripción de cuadros clínicos, epidemiología, interés por la investigación clínica y el reduccionismo biológico o psicobiológico de los procesos mentales (Guimon, Mezzich y Berrios, 1987). Todo ello ha implicado que el *curar*, al centrar su objeto de estudio en síntomas y signos, se haya distanciado de los factores culturales de las diferentes sociedades. Y por ende del *cuidar* que es la esencia de los cuidados de enfermería.

⁵⁰ Es acreditado actualmente como fundador de la nosografía psiquiátrica del siglo XX. Con Kraepelin se inicia una nueva etapa en la evolución de la psiquiatría, a él se debe la clasificación y la descripción de las enfermedades mentales, que son la base de nuestra actual taxonomía. Introduce la idea de que se puede enfermar no hereditariamente, sino por algo de la relación del sujeto con el mundo; es decir, por algo adquirido. <http://www.psykeba.com.ar/recursos/autores/kraepelin.htm>

En este punto, quiero retomar la cuestión con la que inicié la *casa del espejo*: como he dicho en varias ocasiones, el espacio influye en el comportamiento humano colectivo. La convivencia dentro de este espacio construido condiciona la elaboración por cada grupo de sus propios elementos: lenguaje, símbolos y sus representaciones simbólicas y esto en la práctica se traduce en sus modelos de organización (Tapada, 2000).

4.5.- PSIQUIATRÍA EN EL CONTEXTO DE LA BIOMEDICINA

Para concluir este capítulo quiero señalar que a la hora de situar la psiquiatría en el marco de la biomedicina existen algunos problemas:

- a) La dificultad en establecer procesos fisiopatológicos específicos que producen la mayoría de los trastornos mentales.
- b) Los obstáculos a una intervención directa y precisa sobre las vías etiopatogénicas.
- c) La debilidad de los criterios diagnósticos y las taxonomías existentes.
- d) El especial enlace que se produce en los trastornos mentales entre el órgano alterado (el cerebro) y la conciencia del paciente; un lugar en el que la realidad biográfica (relato del paciente) y el dominio biológico (alteraciones neuroquímicas) parecen encontrarse (Martínez, 2000: 250)

Con ello no se quiere afirmar que la habilidad de unos criterios diagnósticos no sea importante y necesaria para la elaboración de una clasificación, sino más bien el problema es que para la validación de una categoría en psiquiatría se necesita de un análisis del contexto en donde los síntomas logren su sentido y de una reflexión de las propias categorías:

La validación de las categorías diagnósticas no supone simplemente la verificación de los conceptos usados para explicar las observaciones. También supone la verificación del significado de las observaciones en un sistema social dado (un pueblo, una clínica urbana, un laboratorio de investigación). Esto es, la observación es inseparable de la interpretación. Las categorías diagnósticas no son cosas (...) Las categorías son el resultado de desarrollos históricos, influencias culturales y negociaciones políticas. Las categorías diagnósticas no son una excepción (Kleinman, 1988:12 en Martínez, 2000: 272)

La enfermedad mental es considerada como “universal”, así como lo son los DSM⁵¹ y el CIE-10⁵² (Alarcón: 1995) pero esta universalidad está condicionada por la visión

⁵¹ EL DSM es una nosología, eso significa que es un sistema de clasificación de las enfermedades y trastornos mentales que presentan síntomas de tipo mentales y

particular y relativa de cada uno de nosotros: pues lo que hoy se entiende por enfermedad mental no es lo mismo que lo que se entendía años atrás, ni tampoco lo que entienden otras culturas, incluso puede variar entre los miembros de una misma cultura.

La cultura da formas a los síntomas emocionales, cognoscitivos y del comportamiento que son evaluados en el encuentro diagnóstico (Jenkins, 1998). En la antropología se desarrolló una corriente, abanderada por médicos de formación antropológica, que desde la década de los 70' a los 80' propusieron la necesidad de que el paciente narre su enfermedad y el médico aprenda a comprender culturalmente y médicamente el significado de las narrativas. Esta propuesta tiene sus principales centros en las escuelas de Medicina de Harvard y de Berkeley (Kleinman 1988a, 1988b, Good 1994, Good y Del Vecchio 1993).

Good desarrolló un programa especial de formación de médicos dentro de esta perspectiva. Estos y otros autores pertenecientes a la denominada antropología médica crítica, han propuesto la articulación de las distintas formas de atención dentro de los servicios de salud y de la intervención biomédica. Estas propuestas de escuchar al paciente por parte de los facultativos, de intentar comprenderlo teniendo en cuenta sus creencias y narrativas podrían ser una manera de resolver algunos de estos

comportamentales, aunque no exclusivamente (se contempla el trastorno somatomorfo) independientemente de su etiología en gran parte desconocida.

⁵² Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS. La CIE, cuyo origen se remonta al siglo XIX, se estableció con el propósito de clasificar las enfermedades para fines de salud pública. Con motivo de su sexta revisión en 1948, la OMS pasó a ser su depositaria. La CIE es la referencia internacional para la clasificación de la mortalidad y la morbilidad. Desde que la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la décima revisión en 1990, la CIE se ha convertido en la clasificación diagnóstica internacional estándar para todos los fines epidemiológicos generales y muchos fines de gestión sanitaria. Entre ellos cabe citar el análisis de la situación sanitaria general de los grupos de población y el seguimiento de la incidencia y la prevalencia de las enfermedades y otros problemas de salud en relación con algunas variables, como las características y la situación de las personas afectadas. Las categorías establecidas son también útiles para respaldar la adopción de decisiones, establecer los sistemas de reembolso y disponer de documentación independiente sobre información médica. La CIE-10 se utiliza para clasificar las enfermedades y otros problemas de salud que figuran en muchos tipos de registros sanitarios y demográficos, como los certificados de defunción y los registros de los hospitales. Además de permitir almacenar y consultar información diagnóstica para fines clínicos y epidemiológicos, esos registros sirven de base para la compilación de las estadísticas nacionales de la mortalidad y la morbilidad en los Estados Miembros (OMS, 2007)

desencuentros en los espacios clínicos, entre psiquiatras y enfermeras, pues producirían un acercamiento entre ambas disciplinas, al coincidir en la mirada al objeto de estudio, dándose un aproximación entre el “to care” y el “to cure”.

5.- KLEINMAN Y SU MIRADA: preguntas buscando respuestas...

Para analizar el contenido de este capítulo dedicado al modelo de Kleinman (1980) he seguido un orden cronológico y secuencial que se inicia con la aparición de la enfermedad o “primer brote” y continúa con los cambios y transformaciones en el individuo y la familia durante su curso y evolución. Con ello, trato de mostrar cómo influye el tratamiento psicofarmacológico en algunas situaciones habituales o cotidianas de la vida de las personas con trastorno mental y sus familias, a lo largo del duro camino de la enfermedad. Cada apartado describirá una fase diferente iniciada con el ingreso de la persona en el psiquiátrico -primer contacto con los informantes- y acabando con el alta médica. Estas etapas, en total cinco: diagnóstico médico, etiología, sintomatología, tratamiento y curso y evolución serán explicadas a través del modelo explicativo de Kleinman (1980) y de las narrativas de los informantes que a continuación presento.

5.1.- NARRATIVAS: ¡lo que piensa tu cabeza no lo puedes evitar!

Al permitir entablar una relación con el paciente mediada por la palabra, la psiquiatría es quizá la especialidad médica que permite un mejor *conocimiento narrativo*; los mitos, las leyendas y las historias clínicas son narraciones: todas cuentan e interpretan un acontecimiento que ha ocurrido dentro de un tiempo, un espacio y que está lleno de significado. Todas conservan el sello del autor, que no es un observador neutro sino que participa activamente en la construcción de la historia que está contando (Holmes, 2000). Desde cada contexto específico la experiencia del enfermar se convierte en una realidad clínica diferente (Toombs, 1987) de modo que los profesionales de la salud y el paciente, al especificar el problema en base a diferentes objetivos, no comparten un sistema en común. Aquí radica la importancia de la narrativa.

Según Uribe (2003), la narrativa es la forma fenomenológica en la que el paciente percibe la salud o la enfermedad, por medio de la cual se promueve la empatía entre el profesional y el paciente lo que permite construir conocimiento. La narrativa provee de sentido a la enfermedad del paciente. Define cómo, por qué y de qué manera se

encuentra enfermo. Según mi experiencia, cuando el sujeto se encuentra hospitalizado se deshumaniza, se siente solo y tiene miedo; se encuentra sumergido en un mundo extraño con seres que nunca ha visto y en ocasiones -dentro del psiquiátrico- el resto de sujetos ingresados se comportan de manera *extraña* y poco convencional. Y en el momento del ingreso, el paciente *encerrado entre cuatro paredes*, generalmente no puede salir, no puede recibir visitas, no puede telefonar, ni recibir llamadas hasta que el médico lo decide. Es como una especie de aislamiento de todo su mundo exterior.

Por ello, la narrativa es beneficiosa y terapéutica, facilita el cuidado integral del paciente y puede aportar alternativas terapéuticas nuevas. En estos momentos el hecho de *contar su historia* Uribe (2003), permite al paciente liberarse de esa angustia que puede surgir al percibir que *el mundo ya no es su mundo, es otro mundo totalmente nuevo y desconocido, con personas y dinámicas nuevas*. El poder hablar con alguien que le escuche, que le brinde la oportunidad de exteriorizar sus dudas, celos y temores puede ayudar a disminuir su ansiedad y su malestar. Pues, si conocemos las vivencias reales de los sujetos, es posible conocer también y caracterizar el uso de estrategias de atención, a través de la interacción personal del informante y el investigador durante las entrevistas. Esto es lo que Kleinman (1994) denominó corpus narrativo.

Según Osorio (2001), dentro de este corpus se incorporan las categorías sociales de la enfermedad: la experiencia, la interacción biocultural de la familia, el trabajo y el factor psicofisiológico de las personas, lo que permite comprobar la trama de las palabras, la intersubjetividad del sufrimiento soportado y de la apreciación cultural individual. Asimismo, en las narraciones de enfermedad se entiende el sufrimiento como una experiencia moral, por lo que se hace necesario un contexto etnográfico que describa cómo media el entorno social entre los procesos personales y sociales:

El sufrimiento, incluida la enfermedad, es una experiencia moral, y las respuestas al sufrimiento, tales como los cuidados proporcionados por miembros de la familia, por amigos, por médicos y por personal de enfermería, son actos morales. Están llenos de significados y cargados de la responsabilidad de cambiar para mejor una situación problemática. En la prestación de cuidados de salud, el sentido moral es fundamental; incluso más que en la epistemología, en la economía, en la política o en la biología (Kleinman, Benson, 2004: 18)

En las etnografías se manifiesta el conocimiento circunscrito a las prácticas diarias del sufrimiento, de la desgracia, del cuerpo y de las aspiraciones frecuentes:

La enfermedad y el padecimiento (...) deben ser entendidos sólo dentro del contexto de significados y de las relaciones sociales. Son modelos explicativos anclados en los diferentes sistemas explicativos y en los arreglos de la estructura social que involucra a los diferentes sectores de atención a la salud (Osorio, 2001:33)

Desde una perspectiva fenomenológica, Good (1994) nos señala algunos aspectos relacionados con: nosotros experimentamos, comprendemos el mundo y actuamos a través de nuestros cuerpos y que éstos son los sujetos de nuestras acciones (Barragán, 2005). La enfermedad como la concibe el médico puede ser diferente a la enfermedad como la concibe el paciente. Se reúnen en este encuentro dos modelos: el modelo biomédico de la enfermedad (*disease*) y el modelo del sufrimiento (*illness*). En el primero, la enfermedad es conceptualizada como una lesión o una disfunción orgánica cuyos signos pueden ser entendidos por el clínico gracias a pruebas y exámenes de laboratorio y que son interpretados desde el paradigma de las ciencias naturales. En el segundo, lo relevante es lo que esa disfunción le representa a la víctima, el enfermo, y el sentido que éste le da para explicar su condición de sufriente (Uribe, 1999: 220)

Después de los trabajos de Kleinman, el problema de las narrativas de la experiencia de la enfermedad ha recibido una notable atención por parte de otros investigadores, los cuales han debido buscar sus fuentes de inspiración en materias como la hermenéutica, la semiótica, la teoría del drama, el psicoanálisis, la fenomenología, la crítica literaria, etc. Por ejemplo, Good (1994) en su tarea de mostrar cómo se estructuran las experiencias de malestar-enfermedad en términos culturales y cómo éstas reflejan o dan forma a modos distintivos de experiencias vitales, ha explorado el terreno de las situaciones dramáticas que configuran estos relatos. Y desde la poética de Aristóteles (1974) el objetivo central de la mimesis (o imitación) narrativa trágica es propiciar la catarsis del temor y la compasión que ella evoca dentro de la acción, puesto que sin acción no puede haber tragedia. Además, la fábula es, explica el clásico, el principio y el alma de la tragedia. Se produce la transición desde el infortunio a la dicha o desde la dicha al infortunio. Apareciendo en las narrativas de dolor diferentes ideas argumentales de las causas y del porqué surgen las enfermedades:

1.- La enfermedad es causada por un evento traumático que dividió en dos la vida del sufriente. Un "antes" y un "después" donde se entronizó el dolor, el caos y la enfermedad, por ejemplo: la pérdida de un ser querido, una ruptura amorosa, un episodio de violencia física, por una rivalidad que desembocó en una conspiración de brujería u otras situaciones graves susceptibles de crear un desorden.

2.- Idea argumental de que la enfermedad es causada por una sanción divina consecuente a conductas transgresoras graves de las leyes sagradas o humanas o a una combinación de ambas. Ejemplos: una agresión o un "irrespeto" a un familiar muy cercano, digamos los padres; el quebrantamiento de la prohibición del incesto; una vida de asesinatos y de violencia y, en general, actos que en la tradición judeocristiana se asimilan a la noción de pecado.

3.- Trama dramática tiene que ver con el planteamiento de que la enfermedad es el producto de una situación acumulativa de infortunio, de mala suerte, de un destino personal e ineludible. La idea es que la enfermedad está establecida de antemano y que por ello es inalterable e inmodificable. El énfasis en el concepto de destino, desde los griegos, implica en general aceptar la existencia de una fuerza que predetermina la enfermedad en la vida del sufriente.

4.- Ligada a esta trama argumental encontramos la noción de que hay ciertos atributos o características en la personalidad o en el organismo del sujeto, validadas culturalmente, que hacen de él (ella) susceptible a contraer en algún punto la enfermedad. Algunos ejemplos de estos atributos son los de que la víctima tiene la "sangre gruesa", o de que siempre fue muy "melancólico", "flemático", "retraído", "acomplejado", "débil de la cabeza".

5.- Finalmente, una quinta forma de configurar el relato dramático postula que la enfermedad es la resultante de que el enfermo se ha convertido en una especie de "chivo expiatorio" o "víctima sacrificial" por los errores, males o perversidades de otras personas, generalmente de su círculo personal inmediato. Ideas como que el enfermo está "pagando" por lo que hicieron sus padres, sus hermanos u otros de sus allegados y, en ese sentido, su enfermedad no es en realidad su enfermedad, puesto que era otro u otra quien debía padecerla. Es usual que se combinen dentro de una narración varios de estos arquetipos trágicos (Uribe, 1999: 221-222)

Según Silvana de Rosa (1987), las representaciones populares de la enfermedad mental se dividen en cuatro grandes fases: la primera consideraría la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina; la segunda, interpretaría la enfermedad como desviación social, la tercera, consideraría la enfermedad mental como enfermedad física; y finalmente, tendríamos una concepción basada en diferentes modelos psicológicos y sociogenéticos.

Según los relatos de los informantes las causas coinciden más con la representación de la enfermedad según Uribe (1999) que lo expuesto por Silvana de Rosa (1987). A modo de conclusión decir que la narratividad en la enfermedad presenta un carácter esencialmente temporal, existiendo un aquí y un ahora y un antes y un después. En todas estas situaciones difíciles el enfermo utiliza una visión propia e individual de su historia, de su temporalidad, de la percepción de su ciclo vital, personalización del tiempo que no corresponde por fuerza con una noción del tiempo irrepetible, irreversible, cronológico (Uribe, 1999: 221-222). Cuestión que he podido comprobar a lo largo del año de seguimiento que he realizado a 14 de los informantes.

5.2.-EXPLANATORY MODELS OF ILLNESS: ¿nos quieren tranquilos y babeantes!

Antes de pasar a exponer el modelo explicativo de Kleinman (1980), cabe hacer referencia a la existencia de otros modelos explicativos de enfermedad existentes, con el fin de poder enmarcar en su sentido justo el modelo de Kleinman (Véase tabla 2)

MODELOS EXPLICATIVOS DE ENFERMEDAD

Modelo de Redes Semánticas de Enfermedad de Byron Good

Good lo denominó *Illnes Semantic Networks*, se utiliza para englobar en el análisis, los factores socioculturales que aparecen semánticamente enlazados o unidos a un episodio de enfermedad o *illness* y que se organizan o estructuran a partir de un símbolo central (Pisonero, 2007)

Modelo de la competencia cultural de Purnell

Recuerda cuáles son los puntos claves de indagación fenomenológica por los que podemos obtener una representación cultural de nuestros pacientes (*Daseinanalysis* o *análisis del ser-en-el-mundo*), incluye patrones sociales, culturales, étnicos, religiosos, idiomáticos o

identificación con la etnia "anfitriona".

A Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes

A tripartite conceptual model for the evaluation of mental health and psychotherapy outcomes is presented. The model highlights the values brought to bear by three "interested parties" in these evaluations: society, the individual, and the mental health professional. The model is elaborated in terms of the specific problem of negative effects in psychotherapy, an issue of increasing concern to the public and the mental health profession. Clinical, research, and public policy implications of the model are discussed (...) To further the inquiry, we have developed a tripartite model that takes account of three major vantage points from which a person's mental health' may be judged. The present discussion demonstrates the value of this model for describing changes that may result from psychotherapeutic interventions and for highlighting the difficulties inherent in judgments of these changes. Three major interested parties are concerned with definitions of mental health: (1) society (including significant persons in the patient's life), (2) the individual patient, and (3) the mental health professional. Each of these parties defines mental health in terms of certain unique purposes or aims it seeks to fulfill, and consequently each focuses on specific aspects of an individual's (Strupp, Hadley, 1977:187-188)

Las Teorías intuitivas de la medicina

Blumaghen (1980), investigó las ideas sobre el desorden de la hipertensión en pacientes que acudían a una clínica para hipertensos en EEUU mediante cuestionarios semi-dirigidos siguiendo el formato de "los modelos explicativos" (Kleinman 1980: 106). Este autor mantiene que existen tres grandes fuentes de las que se alimentan las teorías intuitivas de la enfermedad: la idiosincrasia, la popular y la experta. En primer lugar, estarían las concepciones de tipo individual basadas en la percepción de las propias experiencias, entre las que se

incluyen la percepción de los propios síntomas, y del propio cuerpo. En segundo lugar, estaría la fuente más imperante según Blumaghen, la fuente popular: contexto familiar, la red social y las actividades comunitarias, es decir el dominio de las personas profanas que no han recibido una instrucción formal en medicina. Y en tercer lugar, la de los expertos o personal médico (López, 1996) Individual illness belief systems form a cognitive structure which lies beneath the cultural and social aspect of health care in a community. Popular belief systems are different from, yet linked to, expert belief systems. Popular illness terms often help support a stable cultural milieu by linking concepts of causes and significance of types of illness problems with a set of health care seeking choices; as well as linking typical physical and psychological symptoms with associated social problems (Blumaghen, 1980)

Modelo del Sol Naciente o Modelo de Madeleine Leininger

La teoría de Leininger deriva de la antropología y la enfermería, desarrolló un método de investigación de etnoenfermería y resaltó la importancia de estudiar a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos y experiencias locales o emic para después contrastarlo con los factores etic (externos), a menudo identificados como prácticas y convicciones de los profesionales de la enfermería. Aprendió a aplicar la etnoenfermería, la etnografía, las historias de vida, la fotografía y los métodos fenomenológicos para conformar una aproximación holística al estudio de las conductas culturales en diversos contextos ambientales (Leno, 2006)

Tabla 2. Modelo explicativos de la enfermedad. Elaboración propia.

Después de presentar algunos de los modelos explicativos, pasaré a ilustrar el modelo utilizado en esta tesis.

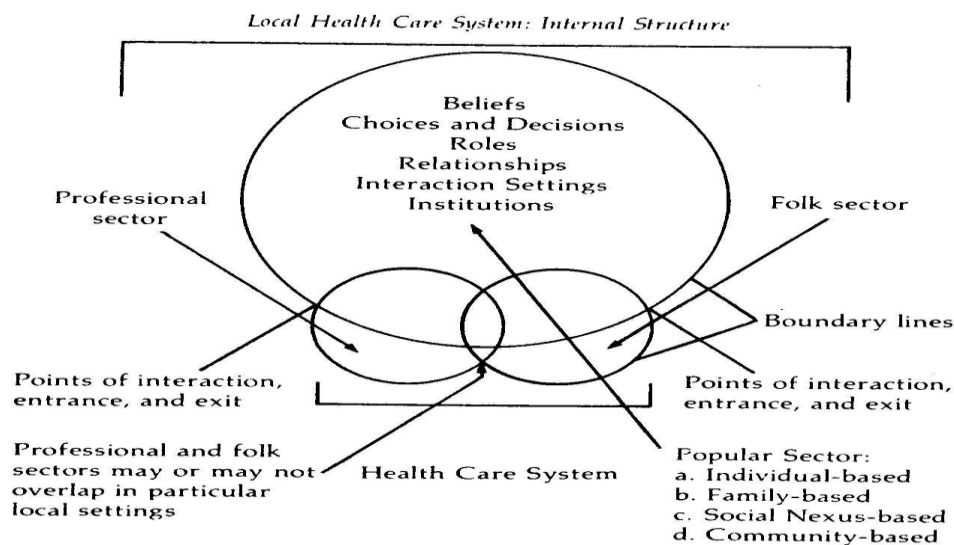
Kleinman (1980) introduce el término *modelo explicativo* para referirse a las ideas y creencias concernientes a la enfermedad y al tratamiento empleadas por aquellos implicados en el proceso clínico (Di Silvestre, 1998):

The single most important concept for cross-cultural studies of medicine is a radical appreciation that in all societies health care activities are more or less interrelated. Therefore, they need to be studied in a holistic manner as socially organized responses to disease that constitute a special cultural system: the

health care system. In the same sense in which we speak of religion or language or kinship as cultural systems, we can view medicine as a cultural system, a system of symbolic meanings anchored in particular arrangements of social institutions relating to it are all systematically interconnected. The totality of these interrelationships is the health care system. Put somewhat differently, the health-related components of society. These include patterns of belief about the causes of illness; norms governing choice and evaluation of treatment; socially-legitimated statuses, roles, power relationships, interaction settings, and institution". (Kleinman, 1980:24)

De este modo, se identifican tres modelos básicos (Véase esquema 1):

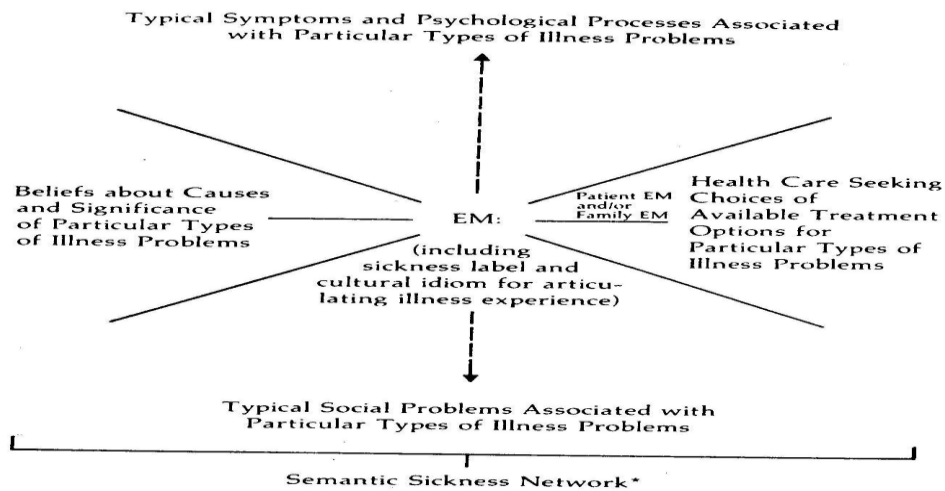
In our model, health care is described as local cultural system composed of three overlapping parts: the popular, professional, and folk sectors (Kleinman, 1980, 50)



Esquema1. Local Health Care System: Internal Structure. (Kleinman, 1980:50).

Kleinman y sus colaboradores a través de estos *explanatory models of illness* plantean que las redes semánticas del padecimiento están relacionadas con los sistemas de conocimiento médico, que constituyen el conjunto de creencias que incluyen estos cinco puntos:

These are (1) etiology, (2) time and mode of onset of symptoms, (3) pathophysiology, (4) course of sickness (including both degree of severity and type of sick role- acute, chronic, impaired, etc.), and (5) treatment. EMs differs in the extent to which they attempt to answer some or all these concerns (Kleinman, 1980: 105) (Véase esquema 2)



*Also referred to in the text as semantic illness networks.

Esquema 2. Popular EMs, Semantic Networks, and Health Care Seeking (Kleinman, 1980: 108).

El modelo explicativo del padecimiento surgió dentro de la literatura de las ciencias sociales y de la salud. Se basa en una construcción social de la realidad utilizando una aproximación interactiva que enfatiza las diferencias entre los modelos que elaboran por un lado los pacientes y por el otro los médicos. Es una respuesta a un episodio específico de enfermedad crónica o aguda y no es estático, pues refleja las creencias manejadas en un tiempo y un espacio particular (Campos-Navarro, Torrez, et al, 2002). En los modelos explicativos, las nociones acerca de la enfermedad y su tratamiento son manejados por profesionales de la salud y pacientes en todos los sistemas de salud. Ofrecen explicaciones de las enfermedades y de los tratamientos, guían las elecciones acerca de terapias y terapeutas disponibles y dan significado social a la experiencia de la enfermedad. Estos modelos manejan sistemas de creencias acerca de la enfermedad y del cuidado de la salud. La metódica de Hipócrates, se amplía según la Metódica de Kleinman en el interrogatorio clínico que se realiza al enfermo: ¿qué le pasa? y ¿a qué lo atribuye? Por ello, se hace necesario aclarar las creencias del paciente sobre la salud durante la entrevista clínica.

EMs are much more easily elicited in patient's homes by a researcher who is not involved in the delivery of medical care to the patient and who expresses a genuine, non-judgmental interest in the patient's perspective (...) EMs can be elicited in clinical settings if health professionals are persistent and demonstrate a genuine, non-judgmental interest in patient's beliefs and, what is more, express the conviction to patients that knowledge of their EMs is important to plan an appropriate treatment regimen. In clinical settings, I have found it useful to ask general, open-ended questions about patients' EMs first. If these prove

unrevealing, the following questions are helpful in eliciting the details of patient explanatory models (...) What do you call your problem? What name does it have? What do you think has caused your problem? Why do you think it started when it did? What does your sickness do to you? How does it work? How severe is it? Will it have a short or long course? What do you fear most about your sickness? What are the chief problems your sickness has caused for you? What kind of treatment do you think you should receive? What are the most important results you hope to receive from the treatment? (Kleinman, 1980: 106)

Este *interrogatorio* proporciona al clínico y al profesional de la salud, el marco adecuado para comprender el modelo de la etiología de la enfermedad del paciente y le permite mostrar empatía y comprensión. Parte de los resultados del *interrogatorio* se definen mediante la tipología de Kleinman de usos y prácticas sanitarias (Véase tabla 3) Cualquier paciente soluciona sus problemas de salud en un espacio con tres componentes interrelacionados según sus creencias:

- a) Profesional o legalmente sancionadas como en el modelo de biomedicina occidental
- b) Popular -usos y costumbres, remedios caseros-.
- c) Medicina folk - magos, curanderos-.

Tabla 4.4. Metodica de Kleinman para la elicitation de la demanda	
Interrogar al paciente, sistemáticamente, por los siguientes aspectos:	
Patrones de malestar	La perspectiva de los pacientes sobre los síntomas que son más importantes para él, los que le producen mayor preocupación, pueden ser distintos a los síntomas más graves o importantes desde la perspectiva de la medicina occidental.
Atribución	Causa percibida por el paciente de su enfermedad. Incluye aspectos mágicos o religiosos.
Preferencias y experiencia previa	En la búsqueda de ayuda médica. Incluye la relación con medicinas tradicionales o chamánicas.
Percepción del estigma	Asociado a la enfermedad en su entorno cultural.

Kleinman A. Rethinking psychiatry. Free Press. New York, 1988.

Tabla 3. Retos en la salud mental del siglo XXI en atención primaria (Kleinman, 1988 En Marticano, 2004:49).

Los estudios de Kleinman y col (1978) sobre los modelos explicativos de padecimiento de los pacientes son contradictorios con el modelo biomédico. Pues si el médico o el profesional no exploran el significado que tiene la enfermedad para el paciente y se aproximan los dos modelos explicativos de enfermedad, es probable que la evolución no sea satisfactoria. En el caso de la psiquiatría, el resultado puede ser la no

aceptación del tratamiento o medicación, lo que podrá conllevar un incumplimiento del tratamiento pautado por el psiquiatra.

El método centrado en el paciente pretende atender las necesidades de la persona como tal e incorporarla activamente al propio proceso de enfermedad (Sobrino, 2003) para realizar la detección del origen del problema por el que acude el paciente; es decir, el motivo o causa del ingreso, siempre y cuando acuda por su propia voluntad⁵³. Mediante la incorporación a la exploración del síntoma o la enfermedad, la exploración del dolor y del sufrimiento del paciente, con los significados personales que tienen éstos en cada individuo y cómo afectan a su vida familiar y social:

La enfermedad y las narraciones de la enfermedad tienen el potencial de remodelar la realidad, en relación con lo inesperado, lo no ordinario, lo problemático, lo misterioso (...) la enfermedad a la vez que provoca sufrimiento, dolor, malestar, cuando la enfermedad es trasformada como una narración, tiene el potencial de despertarnos de la convencionalidad y de su finitud, suscitando una respuesta creativa y revitalizando el lenguaje y la experiencia.(...) Los relatos, permiten entrever las grandes ideas que a menudo parecen eludir la vida y desafiar la descripción racional. Los relatos de la enfermedad dan a menudo la impresión de aportar un entramado muy fino para captar tales ideas. Ésta es la razón de que los antropólogos suelen centrarse en los relatos de enfermedad y del sufrimiento para despertar ideas que intuimos están presentes en las vidas de los demás. Presentes pero no fácilmente descritas (Good, 1994:296-97)

Los modelos explicativos ayudan a entender y comprender la realidad de los actores implicados: pacientes, profesionales y familias, diseñando una etnografía centrada en las historias y narrativas de los protagonistas. Lo me ha permitido construir una *cosmovisión* de la enfermedad-locura y de su malestar o padecimiento, a través de sus historias, partiendo de las diferentes trayectorias y de los distintos modelos médicos que utilizan. Pues he tratado de involucrar en una práctica humanística, el punto de vista del sujeto enfermo, en este caso el del paciente que, *lleno de temores, incertidumbre, porqués, su vida en la balanza por el desorden de la enfermedad*, acude al centro psiquiátrico y al *médico para brindarle su cuerpo maltrecho como un objeto de curación* (Taussig, 1995 en Uribe, 1999: 220).

⁵³ Como ya he señalado, no todos los sujetos que acuden al servicio de Urgencias del Hospital vienen por voluntad propia, algunos son involuntarios, es decir ingresan por orden judicial y otros los acompaña la familia, amigos, sin el consentimiento del paciente.

A través de todos ellos, he logrado dar voz a los enfermos mentales o *locos*, sus familiares y profesionales. Pues las personas afectas de un trastorno mental, han pasado toda una eternidad, callados, aprisionados dentro de los muros que la sociedad les ha impuesto, y con un título escrito en su frente: “locos”, aquejados de un estigma social que aún hoy en nuestra sociedad sigue vigente y pensando: ¡Que la enfermedad mental no es igual a locura⁵⁴,⁵⁵!

⁵⁴ Esta fue una de las conclusiones de mi tesina de máster. Esta tesina fue galardonada con el 1er premio en el VIII Premio de Investigación de la ANESM 2010. (Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental) <http://www.anesm.org/observatorio-nacional-de-enfermeria-de-salud-mental/investigacion/investigacion-2/>.

⁵⁵ Véase MÁRQUEZ, (2010) De las narrativas de la locura: ¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí? Disponible On line. En <http://ddd.uab.cat/pub/periferia/18858996n12a5.pdf>

6.-LA ENFERMEDAD Y SUS DIMENSIONES: *disease*, *illness*, *sickness*

Locura... Locura... Llamamos locura a aquella enfermedad de los órganos del cerebro

Voltaire

El término enfermedad es ambiguo y complejo. Por este motivo, la antropología médica ha debido dotarse de una terminología técnica específica que permita expresar las diferentes dimensiones de la enfermedad (Young, 1982, Kleinman, 1980, Hahn, 1984). En la antropología médica norteamericana (Kleinman, 1980, 1988) se reconocen tres dimensiones de la enfermedad: *disease* (patología o enfermedad), *illness* (sufrimiento, padecimiento o aflicción) y *sickness* (dimensión social y malestar). En 1978, se publicó en la Revista *Anales de la Medicina Interna* el artículo *Culture, Illness and Care* en Kleinman, Eisenberg, Good (1978). En este artículo, formularon por primera vez la distinción entre el enfermo que expresa sus "sufrimiento o aflicciones" (*illness*) y el médico que trata su "patología o enfermedad" (*disease*).

Kleinman ha integrado los conceptos de enfermedad (*disease*), en referencia al modelo biológico, como una alteración o disfunción de órganos o sistemas. El padecimiento (*illness*), es una categoría que incorpora la experiencia y la percepción y malestar (*sickness*), como producto de la relación de los anteriores (malestar equivaldría a enfermedad más padecimiento), resaltando la importancia del padecer en su connotación social y cultural. Este autor afirma que enfermedad y padecimiento son socialmente construidos. El padecimiento es la vía por la que el hombre enfermo percibe, expresa y contiene con el proceso de enfermar, por lo tanto, el padecer antecede al malestar. El malestar requiere de la participación del discurso médico profesional para su construcción (Kleinman, 1980). Muchos autores se han referido en sus trabajos a estos tres conceptos:

En inglés hay dos palabras para referirse a la enfermedad: "illness" y "disease". *Illness* es la experiencia cultural, interpersonal y personal de la enfermedad. Son los problemas que la persona o familia perciben cuando se está enfermo o incapacitado. El trajinar diario y vivir con la enfermedad "illness" es mucho más importante para la mayoría de nuestros pacientes que el proceso patológico. En contraste, "disease" es la enfermedad que preocupa a los médicos, la que tiene

que ver con el mal funcionamiento de un sistema fisiológico, su diagnóstico y tratamiento. Sin embargo el modelo biomédico es igualmente un producto de su historia, tecnología y práctica como en cualquier otro sistema médico, como la acupuntura o la medicina china. Lo que pasa en la práctica es que los proveedores de salud se centran sobre las "disease", mientras que los pacientes lo hacen sobre su "illness". Ellos hablan justamente de lo que les pasa a cada uno (Lipson, 2000: 19-25)

La propuesta de Fábrega (Comelles y Martínez, 1993) realiza una distinción entre dos dimensiones de la enfermedad: patología o disease y sufrimiento o illness⁵⁶.

La primera categoría: designa estados corporales alterados o procesos de desviación de las normas establecidas en la ciencia biomédica occidental. Se presume que este estado tiene una extensión temporal. Este estado puede o no puede coincidir con un estado de illness. La segunda: designa que alguien está enfermo, pero los criterios son sociales, psicológicos y lógicamente separados por aquellos empleados por la medicina occidental (...) se asume que los distintos tipos de illness producirán la organización de actividades médicas (...) Que en una extensión indeterminada las unidades socio-culturales proveerán modelos para tales illness. Bastante a menudo el etnógrafo puede utilizar el término folk. Para calificar la illness particular. Estrictamente todas las illness son folk. En el sentido de que las categorías nativas siempre estructuran la forma, el contenido e interpretación dada a la illness (Fábrega, 1972 En Comelles y Martínez, 1993: 54)

Enfermedad es un concepto que proviene de la ciencia biomédica y se refiere al mal funcionamiento de procesos psicofisiológicos, biológicos y deformaciones anatómicas objetivas (Ford 1983). Los médicos buscan una explicación orgánica de la enfermedad basados en este concepto biomédico. Este enfoque es limitado dado que excluye condiciones en las cuales, aunque no existen problemas orgánicos evidentes, los pacientes continúan sintiéndose mal y persisten en la búsqueda de atención médica. Estar sano o estar enfermo son experiencias sobre las cuales todos tenemos alguna opinión, precisamente por la facilidad con la que la enfermedad y la salud condicionan el ejercicio de nuestras vidas. Sin embargo, los determinantes que explicitan lo que los seres humanos entendemos por salud o enfermedad no son, en absoluto universales y

⁵⁶ Se utiliza aquí la terminología anglosajona por su uso a nivel internacional y por la dificultad de traducir estos términos. -disease, illness, sickness- al castellano. Los tres son sinónimos de enfermedad pero con matices muy diferentes (Comelles y Martínez, 1993)

dependen del contexto sociocultural específico desde el que situemos nuestra mirada.

6.1.- LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

*Si la gente nos oyera los pensamientos,
pocos, escaparíamos de estar encerrados por locos*

Jacinto Benavente

Según Álvaro (1992) existe una confusión entre los términos salud y enfermedad mental. Su definición no consiste en decir que la “una es la ausencia de la otra”. Mientras que la definición convencional de la enfermedad mental sigue los criterios de diagnóstico, los estudios en salud mental se basan en que ésta:

Es un continuo en el que se reflejan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico (Álvaro, 1992: 2)

Siguiendo esta definición autores como Jahoda (1980) o Warr (1987) han realizado un intento para identificar los componentes principales de la salud mental: competencia, autoestima, percepción de la realidad, bienestar emocional, autonomía. Las investigaciones en este campo se han centrado en estudios de factores psicosociales entre distintos grupos sociales de la población, como determinantes de las diferencias en salud mental. Partiendo de considerar la enfermedad mental como una respuesta adaptativa a las presiones del medio cuando otras estrategias de afrontamiento no se encuentran disponibles (Cochrane, 1983 en Álvaro, 1992). En investigaciones de otros autores: Torregrosa y Garrido (1992), Bastide (1988), Cochrane (1983) Mirowsky y Ross (1989), Páez (1986), Tusquets (1988) se manifiesta que tienen efectos negativos para la salud mental algunos factores tales como: el desempleo, los procesos migratorios, las diferencias de clase social por estatus socioeconómico entre ambos sexos, entre otros...

Se puede afirmar que los conceptos de salud y de enfermedad mental son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social. Las concepciones de la salud y de la enfermedad varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes. Además, ambos conceptos tienen una carga valorativa que explica por qué las

definiciones de lo que es normal y lo que es patológico varían de una sociedad a otra y de un grupo social a otro (Álvaro, 1992:2)

Algunos sociólogos, como es el caso de Goffman (1976), definen la enfermedad mental:

No como un conjunto de síntomas claramente delimitables sino como una "incorrección situacional". Estas "incorrecciones situacionales" reflejarían una ruptura en las reglas sociales que definen la interacción comunicativa (Goffman, 1976 en Álvaro 1992:1)

Según el portal de salud pública de la Unión Europea:

La salud mental es un asunto cotidiano que puede afectar a la familia, la escuela, el lugar de trabajo o las actividades de ocio. Mientras que la buena salud mental contribuye al capital social, humano y económico de la sociedad, el estado contrario puede reducir drásticamente la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.

Para la sociedad, el mantenimiento de la salud representa un alto coste, lo que repercute en la asistencia social, el sistema económico, judicial y penitenciario. Esto es debido a que en la enfermedad encontramos las tres primeras causas de ausencia laboral y uno de los motivos principales de jubilación anticipada y/o del disfrute de una pensión de invalidez. Los trastornos mentales más prevalentes dentro de la UE (Unión Europea) son: la ansiedad y la depresión, aunque se encuentran diferencias entre los Estados que la forman. Por estas razones, la protección y la promoción de la salud mental ocupan un lugar importante en el programa de actividades de la Unión Europea. En el Libro Verde *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*, publicado en octubre de 2005, se afirma:

Que esta estrategia podría aportar un valor añadido mediante la creación de un marco de intercambio y cooperación entre los Estados miembros, las partes interesadas de los sectores afectados y la comunidad investigadora. Además, podría incrementar la coherencia y actuar como interfaz entre la actuación política y la investigación. Entre los principales objetivos de la estrategia de la UE en materia de salud mental figuran las actuaciones preventivas, la asistencia y el tratamiento, la lucha contra la estigmatización y la discriminación de las personas que padecen trastornos mentales y la mejora de la información y los conocimientos.

Según la OMS en el entorno de la atención de salud mental, la cultura influye en la manera en que la gente califica y comunica su sufrimiento, explica las causas de los

problemas de salud mental, percibe a los dispensadores de atención de salud mental y se somete y responde a los tratamientos de salud mental.

6.1.1.- EL PERCIBIRSE ENFERMO

Loco: los que están a mi alrededor
LM

Según Kleinman (1988a), por estar enfermo entendemos algo distinto de la enfermedad en sí misma. La experiencia de estar enfermo se concreta en: quienes sufren, los miembros de la familia y el conjunto de la red social; cómo perciben, conviven y responden a los síntomas, a las incapacidades y al sufrimiento. El hecho de estar enfermo abarca el dolor físico, pero también alcanza dimensiones económicas, como el cuidado de la salud, la inseguridad laboral y aspectos morales como la autoestima, la vergüenza y el grupo social. La experiencia de estar enfermo expresa la vida moral de los que sufren. Continuando con este autor, los médicos y enfermeras, se convierten en participantes activos, más que en distantes observadores, en la experiencia de enfermedad. Esta adquiere significado y sentido para ellos, al tiempo que es una carga para el sufriente. Pues, al prestar atención a la experiencia de enfermedad de los pacientes, estos están más capacitados para romper círculos viciosos que incrementan el malestar emocional.

El uso y la interpretación de los significados que tiene el estar enfermo pueden contribuir a que los cuidados que se prestan sean más eficientes y eficaces. Aceptar la experiencia de enfermedad es, por tanto, un doble proceso de reconocimiento de la realidad y del sentido del dolor, seguido de un continuado compromiso interactivo con los que sufren tanto en lo que atañe a lo que significa estar enfermo como en lo que se refiere a los aspectos biológicos o económicos. Los sujetos al percibirnos enfermos asumimos ciertas conductas o comportamientos ante el proceso de enfermedad; es la manera que tenemos de enfrentar esta experiencia y de percibirla. Este modo de comportarnos para hacer frente a la enfermedad está influido por el contexto sociocultural donde nos desenvolvemos. Si la conducta de enfermarse es afrontada positivamente, entonces se espera que asumamos el rol de enfermo; concepto

definido por (Parsons, 1951) para indicar las expectativas sociales (deberes y derechos) atribuidos a la persona enferma (Di silvestre, 1998). Estas expectativas son:

- 1) relevación de las responsabilidades diarias,
- 2) búsqueda de ayuda competente con el fin de resolver los problemas de salud.
- 3) conducta colaboradora para abandonar el rol de enfermo lo más pronto posible (Di silvestre, 1998:7) Algunos autores indican que la conducta de enfermedad es una forma mediante la cual el individuo obtiene una ganancia secundaria (Bass y Benjamin 1992; Ford 1983 en Di silvestre, 1998:7). Un ejemplo lo tenemos en los estudios de caso de Kleinman; en ellos menciona que en la cultura China, los pacientes usan la enfermedad para reducir la fuerte dependencia y control que ejerce sobre ellos la estructura social autoritaria (Di silvestre, 1998:7-8)

El modelo explicativo biomédico es un modelo basado en la ciencia y sólo cambia cuando existe otra evidencia científica. En contraposición encontramos el modelo explicativo del sujeto enfermo, denominado modelo explicativo lego, es el pilar sobre el cual se ha realizado esta investigación, que no se rige bajo ningún patrón científico; sino que se basa en ideas, concepciones y percepciones de cada individuo, por ello es cambiante (más en el ámbito de la enfermedad mental). La definición social y cultural de los síntomas es aprendida a través del proceso de socialización y diferente en cada cultura a la que pertenece cada ser humano.

Según Di Silvestre (1998) durante la socialización cada individuo aprende acerca de las posibles causas de las enfermedades, las expectativas de rol de su familia y de los proveedores de salud y las normas sociales que definen su conducta en la situación de enfermedad (Véase tabla 4). Sin embargo, este esquema *en cierta manera se rompe* cuando la persona sufre una enfermedad mental y está hospitalizada en un psiquiátrico, pues sus respuestas en esos momentos son condicionadas por la enfermedad y en parte, fruto de la “locura que padece: de sus delirios, sus obsesiones y de sus paranoias”.

Contexto Social. Socialización (normas, expectativas de rol).		Contexto Cultural. Creencias. Valores. Lenguaje para expresar la enfermedad
Experiencia de otros significados		
Percepción. Reconocimiento de los síntomas.	Evaluación. Modelo explicativo.	Acción. Cómo expresar los síntomas.
Categorías perceptuales para identificar los síntomas y dolores	Causa(s) de síntoma(s). Seriedad atribuida al síntoma. Curso esperado de la enfermedad. Tratamiento esperado	A quién reunir en busca de ayuda.
Enfermedad a Nivel Cognitivo	Significado de la Enfermedad	Conducta de Enfermarse
Experiencia de Enfermarse		

Tabla 4. Influencias Culturales y Sociales: Llegar a enfermarse como un proceso socio-Cultural (Di Silvestre, 1998:6).

Según Silvana de Rosa (1987), la interpretación y significado que el individuo atribuye a los síntomas o malestares son influidos por diferentes variables: las experiencias previas personales con el síntoma, las experiencias familiares o de otros hechos significativos, modelos aprendidos, creencias y normas sociales. Todos estos factores no sólo influyen en la percepción del individuo sino que al mismo tiempo moldean cómo reaccionará a los síntomas, como resultado de su proceso cognitivo. En síntesis, parafraseando a Di Silvestre (1998), la experiencia de la enfermedad es moldeada por factores socioculturales; la manera en la cual el individuo percibe, define, evalúa (atribuye significados y causas a la enfermedad) y se comporta hacia la enfermedad (la comunica y busca ayuda) es el resultado del proceso de socialización y experiencia aprendida. Este proceso es influido y moldeado por el específico contexto sociocultural dentro del cual vive el sujeto y, en mi opinión, cabría añadir y de la enfermedad que padece. Pues, las enfermedades mentales son complejas; en ellas lo que no funciona es la mente y si no funciona la mente, el individuo en ocasiones, no tiene “una realidad objetiva de la situación en la que vive”, sino en su mente existe otro tipo de realidad, generalmente inventada, que se atribuye a la locura.

6.1.2.- LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE LA ENFERMEDAD

La percepción subjetiva de la enfermedad es el resultado de múltiples factores: psicológicos, psicosociales y culturales independientemente de la base genética, fisiológica o biológica de la enfermedad (Osterweis, Kleinman, Mechanic, 1987). Como parte de los sistemas de significados y normas sociales, el *sentirse enfermo* está influido por la cultura; este concepto fue desarrollado por Mechanic (1960, 1962, 1972, 1995) y se aplica al componente subjetivo de un episodio de enfermedad. Mechanic define el sentirse enfermo como *las formas en las cuales determinados síntomas pueden ser diferencialmente percibidos, evaluados y actuados (o no actuados) por diferentes tipos de personas*, Mechanic, Volkart (1960). Los diferentes patrones de *sentirse enfermo* pueden ser considerados desde dos puntos de vista que se complementan mutuamente: el primero, como producto de experiencias sociales, culturales y aprendizaje; y el segundo, como parte de un proceso de *hacer frente* en el cual el sentirse enfermo es un solo aspecto de un abanico de competencias que cada individuo realiza en orden a darle sentido y hacer más manejables experiencias nuevas e inestables (Mechanic, 1978)

Los conceptos de *sentirse enfermo* y *enfermedad evaluada médicamente*, Di Silvestre (1998), son componentes importantes en el contexto de la salud: puede existir la evidencia médica de la enfermedad pero el paciente puede sentirse bien y no querer seguir las indicaciones ni prescripciones dadas por el facultativo y continuar realizando sus actividades de la vida diaria “como si no hubiera pasado nada”. Esto es lo que muchas veces pasa con el sujeto afecto de un trastorno mental, en el momento que se encuentra bien, cree que ya está curado y deja de tomarse el tratamiento prescrito. Helman (1984) lo denominó «enfermedad definida médicamente sin enfermedad percibida subjetivamente» en la cual las pruebas y exámenes médicos se encuentran disfunciones o anomalías orgánicas, pero el paciente no se percibe como «enfermo»; es decir, el paciente no presenta padecimiento ni malestar y por ello no se siente enfermo. Esta percepción de sentirse enfermo en psiquiatría es ambigua pues la mayoría de sujetos que ingresan con un trastorno mental no tienen conciencia de enfermedad. En estas circunstancias, en ciertos casos:

El tratamiento médico no es exitoso debido a las diferencias entre el enfoque médico y el modelo subjetivo del paciente acerca de lo que le ocurre (Di Silvestre, 1998: 4-5)

La mayoría de los sujetos afectos de un trastorno mental no se considera enfermo, porque su concepto de enfermedad no es equivalente al biomédico. Por ello, es importante clarificar que entendemos por salud/enfermedad y qué entienden los sujetos. Desde una perspectiva antropológica, el concepto de enfermedad:

Remite al menos a tres significados diferentes susceptibles de interesar al antropólogo: suceso concreto que afecta a un individuo dado, entidad taxonómica que entra en una nomenclatura, noción general y abstracta de un estado opuesto a la buena salud (Bonte e Izara, 1996 p: 236)

Es la expresión y la toma de conciencia personal de una alteración psicossomática vivida como desagradable e incapacitadora (Bonte e Izara, 1996)

Esta frase aplicada a la salud mental desembocaría, sin lugar a dudas en un debate largo y tortuoso. ¿Se consideraría enfermedad si el sujeto no es *consciente* de que está enfermo?; o dicho de otra manera, y ¿si el sujeto no tiene *conciencia* de enfermedad o no se cree enfermo? Este es uno de los problemas más graves que se presentan en el mundo de la locura: los individuos no reconocen estar enfermos. El “estar enfermo” y la vivencia personal de la enfermedad llamada convencionalmente *illness* (sufrimiento) en antropología médica, tienen una dimensión social. Pues la percepción de los síntomas está influenciada por la historia del grupo, el medio cultural y por la biografía o historia de vida del individuo (Di Silvestre, 1998). La primera fase de la enfermedad como fenómeno social, es la verbalización o comunicación de este hecho al grupo, generalmente al grupo doméstico, mediante el lenguaje o la palabra. Citando literalmente a Di Silvestre (1998), el sujeto accede así al papel social de enfermo llamado *sickness* (malestar o dimensión social) y que se caracteriza por el reconocimiento de su incapacidad involuntaria para desempeñar funciones habituales. Este papel según el contexto particular y la cultura tiene implicaciones muy diferentes: pues puede activar las solidaridades, la marginación, la integración en nuevas estructuras sociales (hospitales, conventos, cofradías religiosas), puede dar acceso a un nuevo estatuto (terapeuta, chaman) o puede fomentar la aparición de formas de expresión que sólo se legitiman en el contexto de la enfermedad, lo que la autora denomina “posesión institucionalizada”.

Dentro de ésta, llámese institución, psiquiátrico, manicomio, “loquero” se observa, en ciertos individuos lo que se denomina *Hospitalismo*. Este término significa que *no quieren irse a su casa*, que quieren quedarse en el hospital: *estoy tranquilo, si quieres haces gimnasia, piscina, deporte (...)* y *yo estoy contento, voy al gimnasio, hago piscina. He venido a cuidarme, sólo me falta la horchata (...)* *el médico es tonto, me da de comer, si me quiere dar el alta le diré que oigo voces* (Jacinto. 39 años. Diagnóstico médico: Retraso mental)

Resumiendo, la enfermedad tiene tres dimensiones: dimensión biológica, dimensión simbólica y la dimensión social según Kleinman (1986). Estas dimensiones no son universales pues hay autores que proponen redefiniciones a algunos de estos conceptos. En el campo de la Antropología médica, esta trilogía de términos *disease-illness-sickness* (patología, sufrimiento, malestar) es considerada como elemento esencial del proceso de salud/enfermedad/atención, guardando relación con la tradición antropológica de la visión *emic-etic*. En la actualidad, según la versión canónica *emic* se refiere al punto de vista del actor (Menéndez, 2003) y el término *etic* refiere a las distinciones fenoménicas consideradas adecuadas por la comunidad de observadores científicos. Por ello, en este estudio sitúo la mirada desde una perspectiva *emic*, es decir, la mirada del sujeto afecto de trastorno mental ingresado en un psiquiátrico, su familiar y los profesionales que los atienden. Esta mirada es compleja debido a la enfermedad que padecen pues, cada trastorno mental es individualizado; es decir, se manifiesta de diferente forma en cada individuo y por tanto sus percepciones sobre la salud y la enfermedad, así como sus vivencias y creencias son diferentes, aún compartiendo diagnóstico médico. Para la antropología médica⁵⁷ (AM) la perspectiva *emic*:

Derivó en la propuesta de la AM para usar la categoría *Illness* (padecimiento), cuando se hace referencia a la intención de recuperar la experiencia humana de los síntomas y del sufrimiento; la forma en que el enfermo, y los miembros de su familia y red social, perciben, viven y responden a sus síntomas y a su discapacidad. Mirar la enfermedad desde la concepción *illness* permite construir los saberes populares contrastarlos con los planteados desde la biomedicina; también proporciona la visión cultural del fenómeno estudiado y remite a explicaciones validadas por la reconstrucción del discurso de la persona (Kleinman, 1988 en Juárez, 2006: 251)

⁵⁷ Resumen a Juárez (2006, 250-258).

La categoría *etic* hace referencia a *disease*, concepto que alude a los saberes del médico o profesional de la salud, respecto de su manera o forma de concebir la enfermedad. Esta percepción está construida en torno a un cuerpo teórico y técnico que clasifica el padecimiento del enfermo. De otra manera, podríamos decir que, la categoría *disease* es el enfoque o punto de vista del profesional respecto del padecimiento del sujeto. En este sentido, el punto de vista del médico o curador (en un sentido amplio) también es una construcción cultural, otro modelo explicativo diferente al marco de explicación desde el cual el sujeto opina. Otra categoría es la *Sickness* (malestar) (Young, 1982). Con este concepto se haría referencia:

Al proceso a través del cual la conducta que expresa el padecer (*illness*) y los signos biológicos, particularmente aquéllos originados en la enfermedad (*disease*), confieren significados socialmente reconocibles, los cuales son integrados en síntomas y resultados que son socialmente significantes (Young, 1982:270 en Juárez, 2006:252)

Good complementó esta idea, proponiendo que el malestar (*sickness*):

Está constituido y sólo puede ser cognoscible a través de actividades interpretativas (Good, 1994:53 en Juárez, 2006:252)

Sin embargo, según Juárez (2006), tanto el enfoque fenomenológico de Good como los planteamientos más estructuralistas han sido criticados desde la Antropología Médica Crítica. Menéndez, Taussig o Schepher Huges exponen que la experiencia subjetiva del padecimiento no es comprensible ni podemos analizarla sin tener en cuenta las relaciones sociales de la persona, ni la estructura que las conforman, tampoco si la miramos aisladamente. Resaltar que los seguidores de la Antropología Médica Crítica avisan del riesgo:

Que corren las investigaciones cuando siguen una perspectiva interpretativa y colocan el énfasis sólo en la recuperación a través del discurso, de las percepciones y las representaciones del padecer del sujeto. Pues centrarse sólo en la interpretación del discurso del padecer deja de lado el contexto sociocultural que le proporciona el marco de referencia. Sin embargo, es posible hacer una combinación de ambas posturas: apostar por una perspectiva interpretativa, recuperando los significados desde las narraciones de nuestros sujetos, e intentar no perder de vista el contexto del cual provienen (Juárez, 2006:253)

La categoría *embodiment*⁵⁸ (Csordas, 1990) ayuda a resolver este problema metodológico. En Antropología de la Medicina se utiliza para el estudio de la relación entre la cultura y la persona (*self*), considerando que esta relación es *encarnada* en el cuerpo de los sujetos. Por esta razón, a través de las quejas, malestares, padecimientos y las enfermedades podemos analizar cómo influye la cultura; pues estos malestares no son más que la expresión corporal de los diversos sucesos que ocurren en nuestra vida cotidiana. El concepto de *resistance* (resistencia en castellano) fue ideado por Kleinman (1994) como resultado de sus trabajos sobre *suffering* en China. Kleinman se refiere con este modelo al comportamiento que las personas tienen ante las vicisitudes de la vida cotidiana en los mundos locales, donde los bienes y recursos son limitados y los deseos y anhelos personales fallan y la opresión hacen de la penuria la costumbre o dinámica de la condición local. Este concepto ofrece una visión de la forma en que opera el vínculo o la unión de la persona con la cultura. Dentro de esta situación las personas no se cansan, sino lo integran como un requisito más de su vida diaria: *por ello se dice que el suffering es el resultado de un proceso de resistencia que tiene consecuencias morales y corporales* (Juárez, 2006: 257-258)

Los contextos de creencias y comportamientos *local moral worlds* se definen como:

Espacios culturales donde hay símbolos, conflictos, géneros, *razas*. El mundo global local es un sistema abierto, penetrado por lo global; la ética es entonces un instrumento racionalista del capitalismo; el autor considera que el discurso ético debe estar relacionado con el discurso moral, pues la experiencia de la persona es moral, es el medio a través del cual se relaciona con el mundo local y, por lo tanto, los discursos morales son discursos éticos (Juárez, 2006: 257)

Kleinman considera que se analizan mucho los derechos individuales en términos de lo que se debe y lo que se tiene que hacer en las prácticas, sin tener en cuenta que la vida en los mundos locales está estructurada según diferentes tipos de agresión o violencia y por ello, en los procesos locales, las actuaciones pueden no parecer acordes.

⁵⁸ La categoría de *embodiment* hace referencia a problemas filosóficos de fondo, como la dualidad mente-cuerpo, sujeto, objeto y el problema de la percepción, y las formas de conocer el mundo. Autores como Merleau-Ponty, Mauss y Hallowell sentaron las bases para que autores como Bourdieu desarrollaran propuestas que están siendo usadas en la actualidad para los trabajos empíricos, por ejemplo, la categoría de *habitus* (Juárez, 2006)

INSECTOS DEL ESPEJO: los actores

*Naturalmente, lo primero que tenía que hacer era lograr una visión panorámica del país por el que iba a viajar (...) Ríos principales... no hay ninguno.
Montañas principales... yo soy la única, pero no creo que tenga un nombre.
Principales poblaciones..., pero ¿qué pueden ser esos bichos que están haciendo miel allá abajo? No pueden ser abejas (...)
Y así estuvo durante algún tiempo, contemplando en silencio a uno de ellos que se afanaba entre las flores, introduciendo su trompa en ellas, –Como si fuera una abeja común y corriente –pensó Alicia (...)
Sin embargo, aquello era todo menos una abeja común y corriente:
en realidad, era un elefante...*

Lewis Carroll

7.- INFORMANTES: CONEJOS, SOMBREREROS Y EL CHARCO DE LÁGRIMAS

A lo largo de este capítulo presentaré a los protagonistas de la tesis: los informantes. Decir, que la selección de la muestra no me dio prácticamente ningún quebradero de cabeza, pues el peso del protagonismo recaía en los enfermos y familiares. Y en cuanto a los profesionales, en su mayoría médicos y enfermeras. Unos, siendo los máximos responsables de los servicios que marcan las directrices y establecen una jerarquía piramidal liderando la identidad profesional en el mundo sanitario; Todo ello, basado en sus raíces históricas y en el modelo biomédico adoptado por nuestra sociedad. Y otros –los segundos- las enfermeras y auxiliares responsables del binomio cuidar-curar a través del contacto individualizado y continuado con los enfermos y sus familias:

Llegando a conocer mejor sus necesidades, dificultades o miedos y a actuar en muchas ocasiones como mediadoras entre médicos familias. Gestionan el día a día de la unidad, administrando gama de cuidados que configuran la praxis del modelo de reparación a través de tratamientos empíricos- racionales. Son un grupo profesional primordial, tanto por su número como por el rol que desempeñan (...), al soportar la mayoría de las cargas de trabajo (...) Sin embargo a pesar de su papel estratégico cada vez mayor, en su labor cotidiana la enfermería sigue representando aún un rol de “independencia subordinada” al médico (Pallarés, 2009: 88-89)

La muestra estudiada está configurada por 99 sujetos repartidos en tres grupos (Véase gráfico 1): 30 pacientes⁵⁹ más 23 pacientes entrevistados en la tesina, en total 53. Los profesionales han sido 19 sujetos de perfiles diferentes. Los familiares, constituidos por un grupo de 14 personas⁶⁰, más un grupo de familias, en total trece, que

⁵⁹ Este grupo se divide en dos grandes subgrupos: los informantes que por diversas causas no se ha podido realizar seguimiento con un total de 16 sujetos y los informantes a los cuales he realizado seguimiento durante un año con 14 individuos.

⁶⁰ En algunas de las entrevistas realizadas se han presentado varios familiares, normalmente dos personas: los padres, los hijos o los hermanos de los informantes. Cuatro de las entrevistas a los familiares, fueron realizadas con el informante enfermo, más concretamente en un caso vinieron los padres con la informante, en el segundo la informante con la hermana, en un tercer caso, la esposa con el informante y un cuarto caso, la madre con la informante. En este último caso, hubo que invitar a la informante-paciente a petición de su propia madre, a salir para poder continuar la entrevista. Pues la “paciente” solo hacía que llorar y no dejaba hablar a su madre. En otros casos tuve que actuar como moderadora por la aparición de conflictos o discrepancias de opiniones entre los informantes-enfermos y sus familiares. Además de establecerse un clima de restricción y falta de libertad de expresión por alguna de las partes.

participaron en una sesión a la que solicité permiso para acudir como observadora y antropóloga. Dicha sesión versó sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia, ofrecida por la diplomada de enfermería de la unidad de H3, perteneciente al programa de rehabilitación y donde las familias tuvieron la oportunidad de exponer los problemas que se les presentaban en el domicilio familiar.

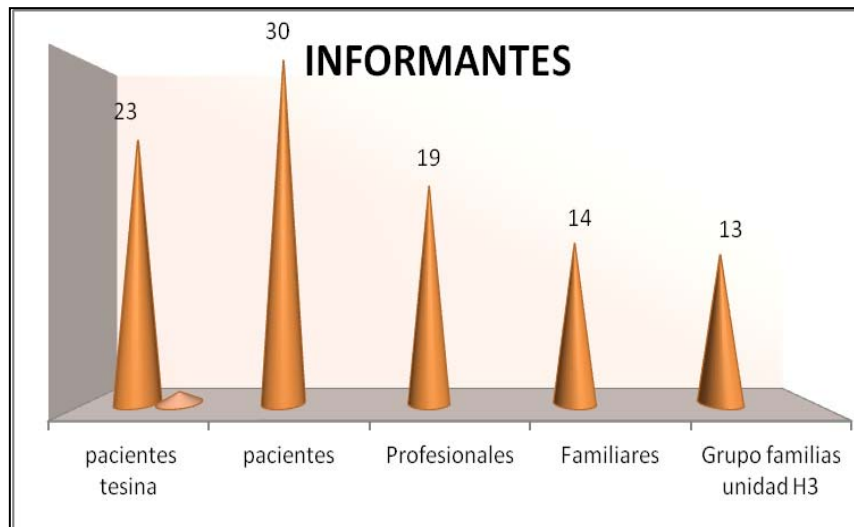


Gráfico 1. Total de Informantes: Perfil.

A continuación presentaré a los actores de esta tesis. El perfil más trabajado en profundidad es el de los informantes con seguimiento. Debido a la realización de aproximadamente tres entrevistas a cada uno, incluyendo una breve historia de vida.

Por todos estos motivos decidí realizar las entrevistas a los familiares solos, sin la presencia de los informantes enfermos.

7.1.- EN LA MADRIGUERA DEL CONEJO...

*Alicia se levantó de un salto, porque comprendió de golpe
que ella nunca había visto un conejo con chaleco,
ni con reloj que sacarse de él, y, ardiendo de curiosidad,
se puso a correr tras el conejo (...)
y llegó justo a tiempo para ver cómo se precipitaba en una madriguera (...)
Un momento más tarde, Alicia se metía también en la madriguera,
sin pararse a considerar cómo se las arreglaría después para salir.*

Lewis Carroll

En el perfil de los profesionales encontramos diferentes tipos de disciplinas y profesiones: psiquiatra, diplomadas, auxiliares de enfermería y farmacéutico (Véase gráfico 2).

En cuanto a los estudiantes: alumnas de tercero de enfermería, pues aún no se había implantado el grado en la disciplina de enfermería. Estudiantes residentes de enfermería en la especialidad de salud mental (EIR) y residentes de medicina psiquiátrica (MIR).

La muestra profesional la conforman 16 mujeres y 3 hombres. Las edades de los profesionales oscilan entre los 20 años de las alumnas de enfermería y los 58 años que tiene el individuo más mayor, que es un auxiliar. La mayoría de ellos actualmente está casado o con pareja. Excepto las estudiantes de enfermería que se consideran *demasiado jóvenes para casarse*, teniendo novio alguna de ellas.



Gráfico 2. Perfiles profesionales.

Quisiera mencionar una dificultad importante con la cual me he encontrado y que ha representado un gran problema. A la hora de seleccionar la muestra de profesionales, me propuse que éstos debían de ser de la unidad donde he realizado el trabajo de campo. Pero esto ha sido imposible pues me encontré cierta resistencia por parte del personal médico de esta unidad. Resistencia que se convirtió en *no colaboración ni participación en esta investigación*. En un primer momento, les propuse realizar una entrevista semi-estructurada, la misma que al resto de profesionales. Esperé un tiempo y no obtuve respuesta. Continué desarrollando el trabajo de campo y las entrevistas con el resto de informantes, profesionales y afectados. Hasta que llegó el momento de la fase de análisis de los datos y resultó que no contaba todavía con entrevistas de los psiquiatras de la unidad de H4.

Esto sucedía sobre el mes de Junio del 2012. Como se acercaban las vacaciones y quería iniciar el análisis de los datos, se me ocurrió enviarles un correo electrónico con el guión de entrevista a los cuatro psiquiatras que trabajaban en esta unidad. En dicho e-mail, les explicaba la importancia de su colaboración, puesto que trataba del tratamiento psicofarmacológico. Tampoco obtuve respuesta ni verbal ni por correo electrónico. Algunos me comentaron que ya lo cumplimentarían y me lo enviarían. Hasta el día de hoy. A pesar de insistirles por tercera o cuarta vez y recordárselo por correo electrónico, no he obtenido ningún tipo de colaboración por su parte. Durante unos meses estuve trabajando en la unidad de H6 que también es parte del programa de hospitalización en régimen de agudos y se rige prácticamente por las mismas normas, procedimientos, etc. Trabajar allí me brindó la oportunidad de poder contar con la colaboración de otros psiquiatras.

7.2.- EL SOMBRERERO...

Al oír esto, el Sombrerero abrió unos ojos como naranjas, pero lo único que dijo fue: -¿En qué se parece un cuervo a un escritorio?«¡Vaya, parece que nos vamos a divertir!», pensó Alicia. «Me encanta que hayan empezado a jugar a las adivinanzas.» Y añadió en voz alta: --Creo que sé la solución (...) Alicia intentaba recordar todo lo que sabía de cuervos y de escritorios, que no era demasiado

Lewis Carroll

El insensato, el imbécil, el idiota, el alineado, el endemoniado, el hechizado, el embrujado, el perturbado mental, el enajenado, el pirado, el loco, el enfermo mental. Todos estos términos son sinónimos del significado que los sujetos damos al concepto de loco. Loco sería aquél *“que hace locuras”* pero ¿qué entendemos por loco? y ¿qué significado tiene la locura? Ambos son términos de ambiguo y difícil significado, simplemente por la variedad de definiciones que tiene y por su interpretación dependiendo de la cultura. Debajo (Ilustración 4) presento una clasificación de los trastornos mentales, del Asilo Cantonal de Burghölzli (Suiza) del año 1925, pues me ha parecido interesante destacar la terminología empleada para denominar a las enfermedades mentales.

Como se aprecia en la ilustración, el imbecilismo, idiotismo o cretinismo eran formas psicopáticas de clasificación de la enfermedad mental, conceptos que actualmente tienen una carga peyorativa con connotaciones negativas, pues en nuestra sociedad son equivalentes a *insultos*.

Los 743 ingresados presentaban las siguientes formas psicopáticas.

	Enfermos	Tanto por 100
A. — Imbecilidad, idiotismo, cretinismo, debilidad mental.....	23	3
B. — Psicosis constitucionales.....	67	9
C. — Psicosis idiopáticas adquiridas (manía depresiva).....	26	3
Schizofrenia en todas sus formas.....	321	43
Otras alteraciones psicógenas y psicosis sintomáticas.....	26	3
D. — Psicosis orgánicas (seniles, arterioesclerosis, tumores cerebrales, etc.).....	65	8
Parálisis general.....	38	5
Psicosis postencefalítica.....	12	1
E. — Psicosis epilépticas.....	14	1
F. — Psicosis tóxicas.....	142	19
G. — No mentales.....	8	1

Ilustración 4. Asilo Cantonal de Burghölzli. (Busquets, 1927:40).

El loco ha sido considerado malhechor (como cualquier criminal) y víctima (enfermo) como cualquier paciente. El enfermo mental ha sido “un híbrido” entre los binomios criminales y no criminales, inocentes y culpables. Era la persona que se encontraba *en el límite o frontera*, según la sociedad y hacía patentes estas diferencias. Por ello, el “especialista” en la Edad Media, debía distinguir entre individuos afectados de una enfermedad natural e individuos afectados de enfermedad demoníaca o diabólica. Desde la perspectiva sociológica, la locura en el sentido más amplio de la palabra, sería un *constructo imaginario* que usa el poder para reprimir formas de vida cotidianas que pueden ir contra lo establecido. Y en otro plano, sería el del sufrimiento individual. Ambos vendrían determinados por los acontecimientos vividos a lo largo de la propia historia individual. Pero ¿quiénes son los locos en esta tesis?

La muestra de informantes está compuesta por 32 hombres y 21 mujeres. La media de edad es de 40,5 años. Aunque el intervalo de edad de 30 a 40 años contiene la mayor parte de informantes. El individuo más joven tenía 18 años y el individuo con más edad, 83 años. Sin embargo, la media de edad de los informantes con seguimiento durante un año es mucho más baja, 35,9 años. La mayoría de ellos, con un total de 8 informantes, está en el intervalo de los 30 años a los 40 años, 4 individuos se encuentran entre los 20 años y los 30 años, un individuo entre los 50 años y 60 años y otro informante entre los 60 y 65 años. En el reparto por sexos, encontramos más

mujeres entre 20 y 30 años, mientras que los hombres se sitúan en el intervalo de 31-40 años. En cuanto al diagnóstico médico más prevalente con 25 informantes es la esquizofrenia⁶¹, seguida del trastorno depresivo mayor, trastorno de personalidad, etc. (Véase gráfico 3)

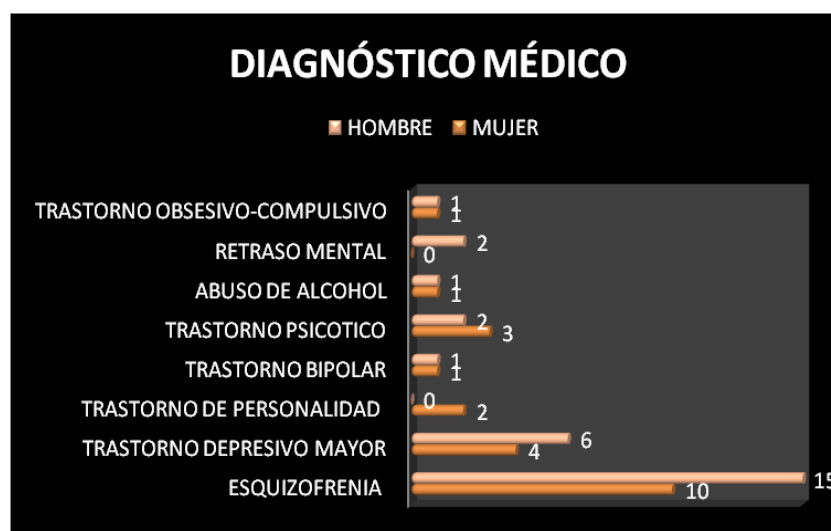


Gráfico 3. Diagnósticos médicos más prevalentes en los informantes.

7.2.1.- INFANCIA Y ADOLESCENCIA: ¡SÍ ERA FELIZ!

*La pubertad te va cambiando el cuerpo, la adolescencia, el alma.
Y tú sobre cogido te preguntas quién fuiste, quién eres,
y en quién te vas a convertir*

Antonio Gala

Durante la segunda entrevista a los informantes con seguimiento, intenté configurar un breve historia de su vida través de las siguientes preguntas: ¿qué recuerdan de su infancia?, ¿fue feliz o no?, ¿estudiaron o trabajaron?, etc. A través de estas simples preguntas, intenté conocerlos mejor. Lo que me llevó a disponer de un conocimiento más profundo sobre su infancia y adolescencia y sobre sus diferentes vidas; finalidad de este capítulo exploratorio dedicado a los informantes *pacientes*. Decir, que las historias familiares son diversas y no existe un patrón común. Por ello, solo presentaré algunas citas de los informantes así como las diferentes opciones de respuesta más repetidas por los entrevistados y que puedan inducir o apuntar la aparición de un trastorno mental.

⁶¹ En el diagnóstico médico de esquizofrenia he incluido varios tipos de esquizofrenia: paranoide, esquizoafectivo, entre otros.

Otro aspecto importante a destacar es el motivo de la inclusión de estos apartados es la relación que tiene con el apartado 7.2.4 y que lleva por título: olvidos y legados: entre la bruma y la memoria. No me demoro más e inicio este apartado del “sombrero”.

Según Ros et al (2001), resumo u utilizo sus propios términos, aunque no de una forma estricta, el desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de “momentos” por donde el individuo va transitando, inmerso en un proceso histórico dinámico y a menudo contradictorio. Este desarrollo humano se realiza en la interdependencia de dos procesos, el de maduración y el de mutación o cambio. El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a lo que comúnmente se denomina “crisis”. Éstas, también denominadas estadios o etapas, son a la vez liberadoras y generadoras de conflicto y angustia. La adolescencia es una de estas etapas. Su característica fundamental es ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo. El término *transición* refiere a la idea de dinamismo y pasaje que no debe estar en contradicción con la delimitación de características propias y definitorias. La adolescencia ya se contemplaba en los tratados más antiguos. Ha sido considerada como una época de los individuos a medio camino entre la infancia y la edad adulta, por ello muchas tribus y pueblos establecieron una serie de ritos de iniciación para marcar y favorecer el paso entre una y otra. Según (Ros et al, 2001) en todas las edades podemos hablar de evolución y cambio, aspectos, todos ellos relacionados con el inicio de los cambios fisiológicos y morfológicos como pueden ser la rapidez en las transformaciones y el aumento de estatura son muy superiores en esta etapa, marcando la desaparición de la infancia:

A menudo “el espejo” les devuelve una imagen no reconocida o distorsionada, ello exige al chico y a la chica readaptaciones continuas. La desarmonía en el proceso de crecimiento durante la adolescencia, por el desajuste entre el desarrollo corporal y el desarrollo intelectual y emocional, lleva consigo numerosos conflictos y a menudo conductas de riesgo. Los acontecimientos y problemas que surgen durante este período sorprenden y desconciertan a los padres, a los profesionales de la salud y a los propios adolescentes (Ros et al, 2001; 32)

Jean-Jacques Rousseau en *Émile* (1866), se refiere a este período como el “segundo nacimiento” literamente escribe:

Esta tempestuosa revolución se anuncia por algunas pasiones nacientes...El niño se hace sordo a la voz que le hace de guía o le vuelve dócil; es un león en su fiebre; Desconoce su guía y no quiere ser gobernado... Él no es ni niño ni hombre, no puede tomar el tono de ninguno de los dos⁶².

Encontramos informantes que han tenido una infancia y adolescencia feliz, frente a otros informantes que nos explican que éstas fueron difíciles y complicadas. Aunque sí que aparecen factores como los problemas económicos, las discusiones en casa y la separación o divorcio de los padres

Me acuerdo que siempre había problemas de dinero en casa. Y mis padres ya se peleaban y discutían mucho y a la que más le afectaba era a mí (Atenea. 32 años. Diagnóstico médico Esquizofrenia)

La enfermedad y/o la muerte prematura de un progenitor:

Cuando murió mi padre yo tenía 14 años, en el año 91 y mi madre tenía problemas mentales. Había estado ingresada muchísimas veces, tenía esquizofrenia crónica (Acantha hermana de Eros⁶³. 31 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica atípica)

Tener que hacerse cargo de los hermanos más pequeños:

Tenía una infancia feliz y normal, hasta que nació mi hermana Joly y yo me quedaba al cuidado de ella (Atenea. 32 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Estos factores pueden agravarse con un consumo de drogas y alcohol a edades tempranas:

En casa siempre había peleas, discusiones y yo soy la mayor y me tuve que hacer cargo de todo. Tenía que ir a trabajar, pues mi padre murió con 8 años él. Eros estaba todo el día en la calle, yo me iba a trabajar y mi madre estaba todo el día en la cama. Luego él empezó con tema de drogas y alcohol (Acantha hermana de Eros)

También encontramos factores como las rivalidades, las influencias de las amigas/as, incluso tener hijos siendo adolescentes, como es el caso singular de Yurena (por ello, expongo su testimonio:

Yo tuve a mi hijo a los 15 años y dejé al padre. Tuve la oportunidad con un hombre de bien, bueno, un señor porque para mí era un señor y el tío me estaba llevando económicamente. Empecé a abrir los ojos porque yo era una niña muy inocente. Era una tontica ¿sabes lo que te quiero decir? mis amigas me influenciaban: “*¿pero por*

⁶² Referencia incompleta, por dificultad para obtener página.

⁶³ Dios responsable de la atracción sexual, el amor y el sexo venerado.

qué tú eres tan tonta? Ves ese hombre de ahí, que tiene una fábrica y mira como te mira”... y yo les decía no, porque tengo mi novio. Pero un día caí en la tentación y él me dice, “qué morenita ¿podemos hablar si quieres? ¿Qué vas a hacer hoy?, ¿te regalo algo para que te vayas a comprar hoy al chip y chap?” Chip y chap es un centro comercial. Y allí me fui engancho, me regaló un buen dinero y yo dije ¡joder! Y me fui a comprar, me compré un pantalón, una camisa (...) Y por ahí empezó el tema y a la semana de estar con él, tenía una cama nueva ¿sabes? Después me compró una moto (...) y después al poco tiempo me regaló los pechos (Yurena. 25 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

Otras posibles fuentes de conflicto durante estas etapas de la vida es el no sentirse integrado en el grupo de amigos, colegio, instituto y “los complejos” que empiezan a aparecer, así como conductas de riesgo emergentes que pueden llevarlos a sufrir bulimia o anorexia:

Ya la adolescencia empecé a ser rebelde y a dar muchos dolores de cabeza a mis padres. Fue una etapa de cambio, una etapa de transición, no fue bonita y no me gustó. Tenía amigos y salía con ellos y con chicas. Se piensan que me pasó algo en el instituto, pero no me pasó absolutamente nada, nadie me pegó, nadie me hizo nada, aunque no me sentía integrado... No hay una explicación que pueda decir, fue esto, fue aquello, no fue nada más allá ¡simplemente en la adolescencia no me sentía integrado! ¡Era yo, con mis complejos y mis problemas! Sí, quizás de estar demasiado delgado, quizás tenía demasiado bello en las piernas, cosas así ¡que con el tiempo dices que son tonterías! Pero tenía complejos absurdos, que eran como los espejos que hay en Montjuic, ¡te miras y te distorsionan la realidad! Distorsionas la realidad, sí, fue eso (Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide. Varios ingresos. Derivado a subagudos)

Mi adolescencia recuerdo que fue mala. Porque estaba un poco gordita, me obsesioné con la comida y me puse a hacer dieta. Y me quede muy delgada. Esto fue desde segundo de BUP o COU. No sé si mi madre se dio cuenta, mi hermana sí. Pues no comía ¡Uh! Yo notaba que estaba delgada y cuando mi hermana me compraba un croissant o un lente para merendar lo tiraba a la basura. Luego empecé a comer más o menos poquito, pero regular. En la época que estaba delgada pesaba 45 Kg y cuando me mantuve estable 50 kg. Y luego ya me engorde ¡No sé cómo me influyo esto a mí, no sé!... Me sentía mejor estando delgada. Sí, lo que pasa es que siempre estaba pendiente de la comida y siempre comiendo chicle porque tenía hambre. Y mis amigas nunca lo supieron: Cuando acabé el instituto más o menos ¡ya acabó todo! (Anémona. 26 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia. Varios reingresos)

El excesivo culto a la imagen corporal que implanta nuestra sociedad, las exigencias que se imponen en la práctica de determinados deportes, la permisividad en el uso de las drogas, todos ellos se relacionan con los trastornos de conducta alimentaria que pueden afectar a los adolescentes.

Todos estos factores expuestos pueden ser fuente de cambios, conflictos y angustias durante la etapa de la infancia/adolescencia y pueden predisponer a situaciones de cambios, condicionando, interfiriendo y/o complicando el desarrollo, maduración y aprendizaje del ser humano, llegando a poder desarrollar una enfermedad mental. Son periodos de transición, tal y como exponían Ros et al (2002).

En los testimonios no he encontrado un patrón común para relacionar una infancia/adolescencia feliz o infeliz con el posterior desarrollo de una enfermedad mental. Pues no existe una regularidad en las variables analizadas. Ni el sexo, ni la edad, ni el diagnóstico médico, ni la clase social, etc. relacionados con la infancia y adolescencia son factores significativos. Las vivencias son diferentes en cada uno de los casos, siendo el individuo muy sensible y vulnerable ante cualquier modificación o cambio, pues su cuerpo cambia continuamente y empieza a compararse con los que los que les rodean. Los complejos, la rebeldía, el interés por lo desconocido, etc., pueden comportar cambios en su comportamiento y en sus hábitos, dando lugar a la aparición de trastornos en la alimentación, el inicio en el consumo de drogas o una disminución de la autoestima, entre otros. Estas preocupaciones pueden conllevar la aparición de problemas de salud mental, como puede ser una baja autoestima o una depresión⁶⁴.

Para finalizar, decir que mientras sus cuerpos sufren cambios por la pubertad, muchos adolescentes empiezan a preocuparse por su apariencia física, su autoimagen, su peso, etc. No hay que olvidar que actualmente las tasas de obesidad en adolescentes se han incrementando, y este problema puede potenciar una baja autoestima en el adolescente, tal y como ya he comentando anteriormente. Los jóvenes que son obesos presentan un riesgo más alto de tener otros problemas de salud, y son más propensos a ser obesos como adultos. Según algunos estudios, los jóvenes que han sufrido eventos traumáticos en su vida o tienen una historia familiar de suicidio, alcohol y drogas tienen un mayor riesgo de padecer depresión y son más propensos a tener pensamientos o acciones suicidas. Estas cuestiones serán tratadas en el subapartado 7.2.5.1 que lleva por título: “el suicidio: cada uno es dueño de su vida”.

⁶⁴ Para más información véase Ros et al (2001).

7.2.2.- ESTUDIOS, PROFESIONES Y CREENCIAS: “ENTRE DOS MUNDOS”

El nivel de estudios de los informantes es un nivel medio en general, algunos tienen estudios superiores y otros han llegado a iniciar una carrera universitaria, pero prácticamente ninguno la ha acabado. Estos estudios han sido efectuados en la enseñanza pública y la privada, existiendo un equilibrio entre ambas.

En la segunda entrevista me dediqué a recopilar una mini-relato de vida a los informantes con seguimiento, en ella me explicaron que la mayoría tiene la antigua Enseñanza General Básica (EGB) o la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), según la edad del informante.

Algunos referían no ser muy buenos estudiantes *llegando a* cambiar de colegio o instituto por razones varias: aumento del nivel adquisitivo de la familia o porque los padres detectaron problemas. Otros informantes abandonaron sus estudios. Los motivos que les llevaron a ellos fueron: su situación económica, tener que realizar tareas domésticas, dedicarse al cuidado de hermanos más pequeños, empezar a trabajar. Y en algunos casos la enfermedad hizo su aparición precozmente y no pudieron terminar sus estudios, esto se repite en la FP, BUP, COU e incluso la universidad. Para poder continuar estudiando varios informantes optaron por un cambio de universidad y de carrera.

Los pacientes que continuaron estudiando realizaron cursos relacionados con la administración, sanidad, mecánica, electrónica e incluso por el Instituto Nacional de Empleo o INEM⁶⁵. También encontramos estudios relacionados con comercio y marketing. Algunos continúan estudiando o pretenden hacerlo una vez salgan de alta médica del hospital (Sybil, Cronos, Anémona). Pero no les resulta fácil hacerlo, “no viviendo entre los dos mundos”: su vida y el psiquiátrico.

Los estudios de los informantes son muy variados, estos siguen una perspectiva de género: las mujeres se decantan por profesiones como auxiliar de Enfermería,

⁶⁵ Ahora se denomina Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE), desde la publicación de la Ley 56/2003 de 16 de diciembre, de Empleo, es el responsable de la ordenación, desarrollo y seguimiento de los programas y medidas de la política de empleo a nivel nacional. Disponible en <http://www.sepe.es/contenido/intermedia.html> [Consultada Diciembre 2012]

secretariado médico y por los estudios de administración. Los hombres por la electrónica, mecánica, comercio, marketing, etc.

Durante el análisis de los datos he podido apreciar que la mayoría de los informantes que abandonaron sus estudios están diagnosticados de esquizofrenia. Aunque aparentemente no existe relación entre el diagnóstico médico y el abandono de los estudios, pues en el momento en que los abandonaron no presentaban la enfermedad. En cuanto al trabajo encontramos profesiones en diferentes sectores: administración, sanidad, servicios como: dependientas, almacenistas, recepcionistas. Transporte: Jano, Cronos y Otis trabajaban en el sector de transportes como conductores de camión de camiones. Mecánica, tareas domésticas o dando clases. También encontramos informantes que tenían su propio negocio: Paris y Vara. O prostituta de lujo como Yurena. En ocasiones puede surgir la posibilidad de trabajar en lo que se denomina *trabajo protegido o para discapacitados*.

Algunas familias relataban con preocupación la situación actual que está viviendo por la enfermedad: *siempre pregunta cuándo podrá volver a su trabajo, porque si no la van a despedir y no podrá pagar el piso. Ella trabajaba de recepcionista para médicos sin fronteras* (Padre de Elma. 29 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

En cuanto a las creencias religiosas son variadas, aunque predominan los católicos no practicantes: (Tess, Melia, Raissa, Atenea, Rita, Megan, Sophia, etc.) Otros son agnósticos. Y sus creencias no están relacionadas con la enfermedad mental, aunque sí pueden influir en los síntomas (alucinaciones y delirios).

7.2.3.- SITUACIÓN FAMILIAR, LABORAL Y ECONÓMICA: ¡NO LLEGO A FIN DE MES!

En algunas de las narrativas presentadas anteriormente, se evidencia que muchos de los informantes viven con sus padres y hermanos. Antes del inicio de la enfermedad disfrutaban de una vida “normal” con pareja, hijos, viviendo en su propio piso y ocupándose de las tareas domésticas. Y en contraposición encontramos quien todavía no se ha emancipado y vive con sus padres. No he apreciado diferencias entre sexos. Algunos informantes narraban que ahora vivían con sus padres, o en algunos casos como Vara con otros parientes: *sí vivo con mi tía*. Y algunos tienen mascotas: *vivo con*

mi perrita ahora está en una perrera, pues cuando ingresé se quedó sola en casa (Rita. 67 años. Diagnóstico médico: Paranoia más Abuso de alcohol. Varios ingresos.)

Cuando hace aparición la enfermedad mental, como podemos apreciar, la familia se encuentra en el centro de todos los cambios que ocurren en el domicilio familiar. Este hecho produce enormes cambios en la vida de las personas que conforman la unidad familiar. La convivencia se torna difícil y en muchas ocasiones insostenible. Por este motivo, trataré esta cuestión conjuntamente con otro asunto íntimamente ligado: los problemas que se encuentran en casa las familias entrevistadas. Ambas cuestiones serán tratadas en el siguiente capítulo 7.3 dedicado a la familia.

La situación laboral de los informantes⁶⁶, alterna entre no tener trabajo, ya que algunos se vieron forzados a dejarlo al caer enfermos⁶⁷ o estar en el paro. Otros están preocupados por no poder trabajar. Realmente me ha sido difícil descifrar cuántos están actualmente trabajando, de baja laboral, en situación de paro, incapacitados o sin trabajar. Esta situación laboral afecta directamente a la situación económica. Aunque la mayoría de los informantes cobra una pensión, algunos explican que no es suficiente para cubrir sus gastos y otros no percibe ningún tipo de prestación económica y viven de la paga de sus familiares o de otras personas. También a raíz de la enfermedad, los informantes explican problemas que surgen en su situación económica: *yo he estado pensando en coger un sitio de mudanzas y dejar allí mis cosas y no tener que pagar los 450 euros del alquiler. Porque estoy tirando el dinero, a ver si este fin de semana me da permiso el Dr. Kit* (Elma. 29 años. Diagnóstico Médico Esquizofrenia. Varios reingresos)

Para acabar este apartado decir que algunos de los informantes han padecido factores estresores, situaciones de riesgo o de desventaja social, económicas, etc. bien por circunstancias de carácter personal, familiar o del entorno, que han podido perjudicar su desarrollo personal o social. A raíz de esta cuestión me surge el siguiente

⁶⁶ Partiendo de la base que generalmente en el momento de la primera entrevista, los informantes que trabajan se encuentran en situación de baja laboral, bien ingresados o convalécientes en su domicilio.

⁶⁷ Durante el ingreso (factor agravante para poder continuar trabajando), se pueden derivar a otros dispositivos, en los cuales aunque no están ingresados, deben de asistir diariamente en un horario como de "colegio: de 9h a 17h".

interrogante ¿han podido precipitar estas situaciones de riesgo la aparición de posibles “traumas” en los informantes?

7.2.4.- OLVIDOS Y LEGADOS: ENTRE LA BRUMA DE LA MEMORIA

Según Erichsen (1866), desde muy antiguo, el impacto de las experiencias traumáticas vividas en la infancia en el desarrollo de la organización psíquica adulta, ha sido un tema relevante dentro de la búsqueda de la etiología de patologías mentales. Recientemente, durante el siglo XIX, las investigaciones médicas estudiaron el impacto que producían algunas emociones como: el susto, el pavor, el temor o el terror, en el comportamiento humano. Gradualmente el daño percibido o “trauma” deja de ser entendido como una ruptura del tejido humano y se convierte en una herida del tejido nervioso, es decir, una lesión que no resulta visible y solo se puede percibir por sus síntomas, conductas extrañas, memorias involuntarias y disociadas). Por esa época aparece el término de memoria traumática y se refiere a los modos en que el cerebro recuerda involuntariamente, eventos de particular intensidad y dificultad emocional, Laplanche (1976).

Según Freud (1890-97), el trauma es considerado un suceso externo acaecido en la infancia del sujeto que no pudo ser elaborado por su gran carga afectiva, perdurando en forma de recuerdo, a modo de un cuerpo extraño que puede seguir produciendo síntomas en el presente. La noción de vida psíquica está constituida por memorias involuntarias, memorias que recuerdan y olvidan a la vez, y olvidos hechos de memoria. Esas memorias son precisamente las que recuerdan los eventos traumáticos. Ese pasado traumático solo aparece disponible para el sujeto a través de una “nachträglichkeit” o acto diferido de interpretación y comprensión que incluye la historia psíquica del individuo.

Ruiz (2006) en uno de sus trabajos⁶⁸ explica que Janoff-Bulman considera que las personas tenemos la tendencia a negar el papel que tiene el azar cuando pensamos en acontecimientos negativos, tales como: violaciones, crímenes violentos, muertes, etc. Todo ello con el fin de minimizar nuestro sentido de la vulnerabilidad. Todos nosotros

⁶⁸ Los párrafos siguientes son un resumen de dicho trabajo.

tendemos a pensar que lo que le sucede a la gente no es impredecible, ni casual, sino que establecemos una relación entre lo que una persona hace y lo que le sucede, de modo que los acontecimientos negativos suceden a ciertas personas por “ser como son y por hacer lo que hacen”. Esta contingencia persona-resultado nos lleva a rechazar la idea de que en el mundo reina el azar y a mantener la “ilusión de invulnerabilidad”:

Sin embargo, la realidad se encarga de demostrarnos que el azar o la casualidad sí existe en nuestro mundo, al igual que la maldad humana, y que a las personas buenas, honestas, prudentes y precavidas, también les ocurren cosas malas. Pues bien, estas creencias básicas acerca de la invulnerabilidad personal y acerca del sentido, predictibilidad y estabilidad del mundo quedan pulverizadas tras una experiencia traumática (Ruiz, 2006: 10)

Janoff-Bulman en su teoría sobre el trauma psicológico lanza la hipótesis de que:

Tras un evento traumático, trauma, las víctimas pueden sentir cómo se derrumban los tres pilares fundamentales sobre los que se sustenta su visión del mundo; al saber: a) que el mundo en el que vivimos es un lugar seguro y las personas que nos rodean son buenas y generosas; b) que nosotros somos personas competentes, honestas y buenas, y c) que todo lo que sucede en este mundo tiene un sentido. Por consiguiente, los supervivientes de una tragedia quedan psicológicamente destrozados porque toman conciencia de la fragilidad humana en un mundo que no es ni predecible ni controlable, sino arbitrario e injusto.

En definitiva, los sucesos traumáticos arrasan el mundo simbólico de la víctima y la sumen en una visión desencantada del mundo:

La esencia del trauma es la desintegración abrupta del propio mundo interior (Janoff-Bulman, 1992:63 en Ruiz, 2006:10)

La definición de trauma en inglés -infligir daño emocional- aparece por primera vez en 1956. Aunque su uso es frecuente en diversos textos de psicoanálisis, psicología, filosófica, literatura, ensayística, etc. Pero realmente ¿a qué llamamos trauma?

En realidad un proceso traumático, es acontecimiento negativo, intenso, que surge de forma brusca que resulta inesperado e incontrolable y que al poner en peligro la integridad física y psicológica de una persona, que se muestra incapaz de afrontarlo tiene consecuencias dramáticas para la víctima especialmente de terror y de indefensión. Además se trata de un problema con el que una persona no espera encontrarse nunca porque no forma parte de las experiencias humanas habituales. Por ello, la intensidad del hecho y la ausencia de respuestas psicológicas adecuadas para afrontar algo desconocido y poco habitual, explican el impacto psicológico, de este tipo de sucesos. En este apartado figuran por ejemplo, las agresiones sexuales, las relaciones de pareja traumáticas, los actos de

terrorismo, la tortura y el secuestro, los delitos violentos, el suicidio de un ser querido (sobre todo si se trata de un hijo) (Ibáñez, 2010: 547)

Existen ciertos estudios que relacionan el trauma con el sufrimiento de una enfermedad mental. Un ejemplo de ellos, es el trabajo de Valiente et al (2006):

En los últimos años se ha producido un esperanzador interés sobre cómo el trauma puede precipitar o favorecer la aparición de cuadros psicóticos. No obstante, para la comunidad científica que trabaja en salud mental, el estudio y el entendimiento de los efectos del trauma -tras el declive de las ideas psicoanalíticas- se reinició fundamentalmente a partir de la introducción en los manuales diagnósticos del trastorno de estrés postraumático. Los investigadores se han centrado preferentemente en la relación del trauma con síndromes no psicóticos, rechazando la posible relación con la psicosis. Las posibles razones para esta atención tan selectiva, podrían deberse a la rigidez y simplicidad de los paradigmas biologicistas, así como a sesgos y mitos asociados con las prácticas diagnósticas; como por ejemplo, diagnosticar un trastorno de estrés postraumático (TEPT) cuando aparece algún tipo de trauma en la evaluación diagnóstica en cuadros con sintomatología psicótica y disociativa, o ignorar la importancia de la traumatización en cuadros psicóticos floridos (Valiente et al, 2006: 111-112)

Tras la alusión inicial de Jeffries (1977) de la coexistencia de la psicosis y el trastorno postraumático (TEPT), han surgido trabajos empíricos que señalan que, la prevalencia de este trastorno en enfermos mentales graves, es muy superior a la de la población general. Estos estudios evidencian que la psicosis y el trastorno postraumático (TEPT) no son entidades distintas, ni separadas, sino que con frecuencia confluyen y se solapan (Cascardi, et al 1996), (Craine, et al, 1998), (Mueser, et al, 1998):

Las psicosis comórbida ha sido descrita entre un 20 y 40% de los veteranos de guerra con el trastorno postraumático (TEPT) (David, Kutcher, Jackson y Mellman, 1999; Hamner, 1997; Hamner, Frueh, Ulmer, Huber, Twomey, Tyson y Arana, 2000). Así como existe un subtipo de depresión unipolar como la depresión mayor psicótica (con determinadas características biológicas, fenomenológicas y farmacológicas), en estos últimos años se habla de la existencia de un subtipo psicótico de TEPT. En este sentido, Sautter, Cornwell, Jonson, Wiley y Faraone (2002) sugieren que la psicosis en el TEPT puede representar un subtipo diferente a otros trastornos psicóticos (como por ejemplo la esquizofrenia) y Sareen, Cox, Goodwin y Asmundson (2005), en un estudio con una muestra representativa, encontraron que el TEPT estaba altamente relacionado con la asignación de síntomas psicóticos (...) el TEPT con síntomas psicóticos debería conceptualizarse como un tipo grave de este trastorno. Por último, Morrison, Frame y Larkin (2003) plantean, que tanto la psicosis como el TEPT, representan un continuo de respuestas del individuo sometido a un evento traumático. Las similitudes entre ambos trastornos, apoyan la hipótesis de que sean entidades similares, y que

forman parte del mismo espectro de respuestas ante un acontecimiento traumático. Esto implica que existen nexos comunes, pero también hay que buscar una explicación de por qué el trauma da lugar a esa variedad de síntomas que se han descrito (Valiente et al, 2006: 112)

Y añadir que:

El hecho de obviar el estrés y los traumas como posibles elementos a tener en cuenta en la etiología y el diagnóstico de muchos trastornos mentales no responde a una realidad clínica sino a una realidad de otro orden. Una realidad coyuntural, globalizada, medicalizada y economicista, una realidad que tiende a ver los trastornos mentales como enfermedades de las cuales solo el sujeto es portador; enfermedades en el término más organicista de la palabra, ausentes de contacto con el medio en el que está el sujeto, su biografía, sus relaciones y los riesgos que asume por el hecho de vivir en sociedad (...) Las consecuencias de este fenómeno (...) los pacientes pueden recibir dosis de medicación excesiva o mal orientada, continúan arrastrando las consecuencias del estrés y los traumas durante más tiempo y no reciben apoyo terapéutico, ni social, del que serían merecedores (Talarn, et al, 2006:113)

Durante mi trabajo de campo observé que cuando los informantes narraban sus vivencias, en sus narrativas aparecían cambios o hechos vitales que desencadenaban toda una serie de recuerdos, emociones y sentimientos: dolor, rabia, impotencia, culpabilidad, desesperanza, etc. Era una forma de desenterrar y sacar a la superficie hechos que, en cierta forma están olvidados pues, las experiencias vividas son el eje central para entender el acontecimiento: el recuerdo según Ricoeur (2003) surge del olvido⁶⁹. Y al narrar sus experiencias, los individuos no simplemente nos repiten su pasado, sino que lo recrean y contextualizan dentro de unos códigos, modos de selección, énfasis y olvidos que permiten darle significado no sólo al pasado como pasado sino a sus experiencias.

Los informantes relataban hechos vitales o vivencia negativas, que podrían ser considerados según ellos, como “hechos traumáticos”. Su manera de explicar, su tono de voz, los sentimientos y reacciones que afloraron al exterior en esos momentos marcaban un *algo sucedió* y un *antes* y un *después*: *hubo algo, quizás un cambio sí ipasó algo!* (Madre de Sirena. 28 años. Diagnóstico médico: Trastorno límite de personalidad)

Situaciones como un posible suicidio:

⁶⁹ Paul Ricoeur desarrolla la idea del olvido como parte dialéctica del recuerdo.

No me acuerdo estaba en la repisa de la terraza, había llovido. Estaba resbaladizo y no sé si me resbalaría y por eso me caí. Y de ese día no recuerdo nada más ¡Creo que quise suicidarme! ¡Pero no lo sé! Pues el día anterior, yo no encontraba a ningún amigo que quisiera salir (...) y estaba triste porque no encontré a nadie. No salí y me acosté como siempre (Raissa. 29 años. Diagnóstico médico Trastorno psicótico)

Las relaciones familiares: *era por mi padre, porque era muy agarrado y pegaba a mi madre y a nosotros también (...)* Y yo me metía entre medio de ellos dos, pues mi padre daba puñetazos (Atenea. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). Así como, las relaciones de pareja, la muerte de un ser querido, una ruptura sentimental, un embarazo no deseado, un aborto son factores que pueden provocar cambios en poco tiempo, más sí se suceden a la misma persona (como Elma, Sirena, Ajax).

Yo creo que todo lo empezó a elaborar tras la muerte del padre. Muere el padre, después sale con una chica muy maja, y dice que la dejó él. Entonces esto también se rompe, él la quería mucho. Y luego por último, tenía un trabajo buenísimo que era comercial y la empresa se cerró. Y estas tres cosas... ¡yo creo que le desencaminó esto! (Maia, madre de Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

También los informantes relataban situaciones difíciles y que les han "afectado": *fallece mi padre y dos años más tarde a mi madre se le engancha una "calentura" con mi tío político y se besan, y ¡yo los enganché! Y a mí aquello me afecto mucho* (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar). Incluso el ingreso puede ser una fuente de stress o trauma: *el día de mi ingreso aquí ¡fue una película de terror* (Dion. 18 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica)

¿Puede existir relación entre hecho traumático y enfermedad mental?, ¿un hecho traumático puede desarrollar una enfermedad mental después? Según los informantes existen diferentes factores que pueden influir en que una situación negativa se convierta en una vivencia traumática. Sucesos como el sentirse solo, sin nadie para poder salir, un aborto, la muerte del progenitor, familiar, novio, encontrar a un progenitor con un amante, las peleas familiares, los malos tratos, la separación de tu pareja, la pérdida de tu trabajo, el presenciar algún acontecimiento que no esperas (como explica Jano) y otros... todos ellos podrían ser considerados fuentes de posibles *experiencias traumáticas* y desencadenar un hecho traumático que el sujeto que lo vive no es capaz de afrontar, y a raíz de este momento existe *un antes y un después*.

Todo ello unido al stress sufrido, puede llevar a la aparición de síntomas que podrían ser etiquetados como una patología mental.

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), según Valiente (2006), requiere que la persona haya estado expuesta a un suceso traumático que implique muerte, amenaza de muerte o riesgo a la integridad física de uno mismo o de otras. Por consecuencia para algunos de los informantes, como hemos podido leer, la exposición a ciertos factores y/o hechos vitales vividos como “negativos y traumáticos” podrían dar lugar a la aparición de una “enfermedad mental”. Por último, me parece importante resaltar lo que nos refería Spence (1982):

Una vez establecida, la verdad narrativa se hace parcialmente verdad; en la medida que se repite y extiende, se hace familiar, y su familiaridad aumenta su plausibilidad, terminando completamente cierta (Spence, 1982:87)

7.2.5.- ESPECTROS DEL TRASTORNO MENTAL: AGRESIVIDAD, IMPULSIVIDAD, DELITOS VIOLENTOS Y DROGAS

*El hombre para sobrevivir, no necesita la violencia contra la Naturaleza,
pero puede necesitar agresividad o impulso.
La violencia siempre implica prejuicio,
dolor y daño ejercido de forma deliberada.
Para atacar, conquistar y dominar se necesita violencia.
Para la defensa o la supervivencia, seguramente
con la agresividad hay suficiente.*

Rogeli Armengol

Las disciplinas que realizan estudios sobre la agresión suelen admitir que la naturaleza humana posee un principio natural de agresividad que le es inherente (Véase Brando; 2013). No podemos olvidar que muchas conductas agresivas o impulsivas⁷⁰ fueron y son necesarias para la supervivencia de la especie humana según Fañanás y Arias (2003). La expresión de la agresividad está profundamente ligada e imbricada a factores del comportamiento humano, como los biológicos, psicológicos y sociales. Se afirma que la agresividad es una forma de conducta y no una emoción, necesidad o motivo; sin embargo, estas últimas pueden acompañar o no a la conducta agresiva.

⁷⁰ Aunque estas cuestiones no son el eje principal de la tesis, considero importante incluir algunos aspectos y definiciones, aunque referenciándolas de manera muy breve, pues, son factores inseparables de los términos “locura y loco” y “enfermedad y enfermo mental”.

Tanto la agresión excesiva, Ayuso (1999) como la carencia de la misma conllevan dificultades, ya que la agresividad es una cualidad fundamental, gracias a la cual, los seres vivos pueden obtener la satisfacción de sus necesidades vitales y de sobrevivencia. Históricamente el concepto de agresión se ha empleado en muy diferentes contextos ligados tanto al comportamiento humano como al comportamiento animal. Procede del latín “agredi”, y significa *ir contra alguien con la intención de producirle daño*, lo que hace referencia a un acto efectivo. La agresividad ha sido explicada desde distintas aproximaciones teóricas y disciplinas (biología, antropología o la psicología)⁷¹. Una revisión de la literatura reciente sobre la agresión nos demuestra que existen una amplia gama de definiciones. Para no extenderme, presento una tabla (véase tabla 2). Utilizando como base del estudio, la definición de la RAE (2001).

Autor/es	Definición
Dollard et al. (1939)	Conducta cuyo objetivo es dañar a una persona o a otro objeto.
Buss (1961)	Respuesta que produce un estímulo doloroso en otro organismo.
Bandura (1972)	Conducta adquirida controlada por reforzadores, la cual es perjudicial y Destructivista.
Patterson (1973)	Evento aversivo dispensado contingentemente a las conductas de otra persona.
Spielberger et al (1983; 1985)	Conducta voluntaria, punitiva o destructiva, dirigida a una meta concreta, destruir objetos o dañar a otras personas.
Serrano (1998)	Conducta intencional que puede causar daño físico o psicológico.
Anderson y Bushman (2002)	Cualquier conducta dirigida hacia otro individuo, que es llevada a cabo con la intención inmediata de causar daño.
Cantó ⁷²	Comportamiento cuyo objetivo es la intención de hacer daño u ofender a alguien, ya sea mediante insultos o comentarios hirientes, o bien físicamente, a través de golpes, violaciones, lesiones, etc.
RAE (2001)	Ataque o acto violento que causa daño.

TABLA 2. Definiciones de agresión (Carrasco y González, 2006:8).

⁷¹ Para una comprensión de la agresión y los modelos explicativos, véase Ortiz et al (2006)

⁷² No he podido averiguar el año.

Actualmente sufrimos un incremento de los delitos violentos y una aparente escalada creciente de conductas agresivas. Este incremento de delitos, puede estar relacionado con el desarrollo y avance que hemos experimentados en las tecnologías de la información, así como, en la gran difusión que realizan los medios de la comunicación sobre estos temas. La agresividad, la impulsividad y la violencia de los pacientes psiquiátricos se han convertido en una preocupación pública y social, pues, éstos se relacionan con la enfermedad mental, así como los delitos y las conductas desadaptadas que realizan algunos individuos en nuestra sociedad. Aunque la realidad es bien distinta pues, los pacientes psiquiátricos son responsables de sólo un pequeño porcentaje de homicidios o de otros actos violentos que ocurren en la sociedad.

Algunos informantes reflejaban:

La agresividad es una manera de descargar la frustración o la energía canalizada que provoca que tenga malas contestaciones o malos impulsos, ya sea, hacia los demás o hacia uno mismo. Me considero una persona agresiva hacia mí misma en ocasiones puntuales (Melia. 49 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo. Pocos ingresos. Traslado a subagudos. Relato complementario de las entrevistas^{73, 74)}

La agresividad es considerada como: *algo intolerable. Atacar en lo más profundo y sensible del individuo con la finalidad de atacar* (Hera. 33 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica RT). *Porque se puede uno expresar sin necesidad de ser agresivo* (Sirena 28 años. Diagnóstico médico: Trastorno límite de personalidad. RT). Pero en ocasiones los informantes son agresivos:

⁷³ Al igual que Caudill (1966) en su obra *El hospital psiquiátrico como Comunidad Terapéutica*, realizó su investigación con láminas, yo quise complementar mis entrevistas con relatos realizados a través de la escritura y el dibujo. A raíz de esta tesis se diseñó e implantó un programa de actividades terapéuticas para los usuarios ingresados en la unidad de agudos H4. Por este motivo surgieron los relatos. Esta tesis supuso el origen del programa de actividades de esta unidad. Dicho programa contenía las siguientes actividades: un taller de expresión, escritura y dibujo, donde los pacientes ingresados en la unidad de H4 podían expresarse, escribir o dibujar libremente. Este taller fue el vehículo que me permitió obtener los relatos complementarios a las entrevistas de los pacientes ingresados. En general, los relatos, escritos y los dibujos son anónimos. Para exponer algunos relatos en esta tesis, solicité la colaboración libre de los participantes, pidiéndoles que incluyesen sus iniciales. Además se diseñaron talleres de musicoterapia, papiroflexia, relajación a través de ejercicios de Xhi Kun, Tai Chi, meditación, visualización, mantras, etc.

⁷⁴ Desde este momento no escribiré relato complementario de las entrevistas sino RT.

De alguna manera me considero agresiva, cuando me enfado, chillo, pierdo los papeles y después tengo que disculparme por haber perdido las formas. En ese momento hasta podría llegar a ser muy dañina ¡Porque la impulsividad nos puede la mayoría de las veces! (Hera. 33 años. Diagnóstico médico: psicosis inespecífica. RT)

Un comportamiento hostil y destructor es la manifestación del afecto de enojo, de la frustración o de la hostilidad. Existen diferentes tipos de agresividad: verbal, física y psicológica y en algún escrito es mencionado como *maltrato*.

Cada vez más se habla de maltrato psíquico, en que la persona que es agredida se ve vulnerable. La agresividad es relacionada con la impulsividad y la violencia. El hablar y contestar mal, el maltrato hacia otra persona es en el fondo agresividad. Ya que no es necesario agredir físicamente (Hera. 33 años. Diagnóstico médico: psicosis inespecífica. RT)

Por otro lado, la impulsividad es una característica normal de la conducta humana: *la agresividad es un factor de carácter humano que, debe controlarse y comprenderse en el contexto relacional en el que uno se encuentra* (Rhodes. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide. Pocos ingresos. RT), pues no solo se alberga en individuos afectados por trastornos mentales o de la personalidad. Las personas que son impulsivas pueden poseer características de individuos normales, estar mentalmente enfermas, tener algún trastorno de personalidad o encontrarse involucrados en conductas autodestructivas, ilegales, criminales o antisociales. La impulsividad suele ser una reacción espontánea, que realizamos sin reflexión y generalmente sin llegar a pensar las consecuencias que puede tener. Se define como:

Un bajo umbral en el paso a la acción, a lo que suele añadir una enorme dificultad para valorar las repercusiones y escarmentar pese a las repetidas consecuencias de dicho comportamiento para aprender a retrasarlo o evitarlos... La impulsividad es un síntoma acompañante entre una constelación de desajustes, como los que se observan en muchos trastornos de la personalidad, especialmente en el criterio B de las parafilias, las toxicomanías o los trastornos de conducta alimentaria... No existen formas puras de impulsividad, por cuanto siempre aparecen cuadros catalogados clásicamente de descontrol de los impulsos (Ros et al, 2004: 81)

Según este autor, los elementos indicadores que aparecen en la mayoría de las definiciones de agresión son: el carácter intencional y las consecuencias negativas: la agresividad dirigida a otras personas (heteroagresividad), a sí mismo (autoagresividad), o sobre objetos. Todos estos términos son muy utilizados por los profesionales psiquiátricos, existiendo una gran variedad expresiva. Estas formas de agresividad

pueden presentarse de múltiples maneras, siendo las más comunes la agresividad de índole física y verbal, la directa o indirecta o la activa o pasiva. También encontramos otros indicadores que están relacionados con la agresividad: el bajo control de los impulsos y la baja tolerancia a la frustración.

A continuación presento algunos testimonios donde podemos ver reflejados algunos de estos factores:

a) De Agresividad física y verbal: *en mi casa lo que ocurre es que somos de carácter fuerte y discutimos. Tenemos confrontaciones y discusiones. Quiero hablar tranquilamente, sin tener que gritar ni discutir. A mí no me gusta, me desorganiza y me provoca un empeoramiento de mi enfermedad* (Rhodes. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide). *La agresiva es verbal y física, pero a veces no lo recuerdo. ¡De tan, como me pongo no lo recuerdo! ¡Yo creo que a veces soy inconsciente de mis actos!* (Megan. 34 años. Diagnóstico médico: Trastorno de personalidad. Primer ingreso)

➤ De carácter intencional: *lógicamente me he de defender, pegando por ejemplo. Hablando también se pueden arreglar las cosas, pero sería... pensar mucho* (Raissa. 29 años. Diagnóstico médico: Trastorno psicótico. Un ingreso en agudos por medidas penales y derivado a subagudos)

b) De consecuencias negativas sobre objeto y/o personas: *yo no me considero agresivo, no soy agresivo. Pero ¡llegué a acuchillarme!* (Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide. Varios ingresos. Derivado a subagudos)

Por ejemplo ¡mi marido me ponía enferma por sus gritos con mi hijo! Y yo no podía defenderlo, porque si decía algo me quería pegar y entonces podría suceder lo peor (...) me puse histérica y amenacé a mi marido con un cuchillo y tuvieron que avisar a los mossos (Tess. 49 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia esquizoafectiva. Varios reingresos)

La agresividad, impulsividad, delitos e incluso el suicidio son vividos de una manera muy negativa, aunque los informantes refieren que son conscientes de ello e intentan hacer algo al respecto, no siempre lo consiguen. A veces, llegan a empatizar, ponerse en “la piel del otro”. Pero aún así, se meten en líos:

No, no lo controlo. Y ahora cuando estoy bien, veo que es una cosa que la tengo que controlar pues, me siento mal por ello. Ahora me pongo en la piel de mi madre y pienso que tiene que estar asustada. Ya sé que no tengo que excusarme

¡soy consciente de mis actos y de los líos que me he metido! (Megan. 34 años. Diagnóstico médico: Trastorno de personalidad. Primer ingreso)

En las narrativas y testimonios de los informantes, se evidencian que a pesar de que, piensan que la agresividad y la violencia es algo “negativo y hostil”, muchos de ellos reconocen que son agresivos o incluso violentos. Pero en algunos relatos minimizan sus actos restándole importancia a estos aspectos:

Violento no me considero, pero alguna reacción física sí que he tenido alguna vez siempre de carácter menor. Para prevenir la agresividad intento controlarme. Como creo que es verbal, intento callarme, cosa que me “apoca” y me siento con menor capacidad intelectual, en el sentido de menos alegre y feliz con mayor asolo personal (...) Como consecuencia de la agresividad no me he hecho ninguna lesión, sin considerar obviamente las de tipo psíquico y moral, que para mí siempre tienen repercusión. Nunca he intentado atentar contra mi vida (...) A veces la agresividad controlada es una forma de liberar tabús (Rhodes. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide. Pocos ingresos. RT)

También podemos encontrar que los individuos entrevistados que se consideraban agresivos o violentos, tenían algún antecedente de conducta heteroagresiva y/o autodestructiva. Es decir, que el riesgo potencial de agresión puede aumentar cuando ya se ha realizado un episodio anterior. Como hemos podido leer en algunos de los relatos, muchas veces *en esos momentos donde podemos perder los nervios, no se es consciente de lo que se hace.*

Aunque muchos de ellos intentan prevenir un episodio de agresividad, impulsividad o violencia, les resulta muy complicado, *abogan por el dialogo*, pero en esos precisos momentos se les olvida. Incluso algunos profesionales también piensan que existen episodios de agresividad o agitación que no se pueden prevenir: *en ocasiones se prevé y es cuando decimos ¡no vayamos solas!, ¡vayamos de dos en dos! ¡Pero hay otras que no te lo imaginas!* (Leda. Alumna de enfermería). En contraposición, hay informantes que en un inicio de su narrativa no se consideran a sí mismos como violentos, agresivos, ni heteroagresivos ni autoagresivos:

Por suerte, no he llegado al tema de la agresividad. Me he limitado a cosas filosóficas e interpretar cosas de la realidad y hacer actos simbólicos ¡no me ha dado por la agresividad! Pero sí ¡por viajar! en el último brote ¡casi me da por irme a la India! *Pero a continuación cambia su discurso:* es que... ¡El no tener ganas de vivir!, ¡pensaba hasta en esfumarme!, ¡coger y tirarme por el balcón! y ¡a freír espárragos! ¿Sabes? Y decir pues, mira ¡se acabó todo! y volver a empezar. Porque

para vivir así de esta forma, ¿qué ilusión hay? Pero bueno, lo piensa, pero no lo haces. No, no sería capaz... y además mi madre no lo sabe ¡porque se asustaría mucho! (Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia. Tres ingresos)

En las familias pasa algo parecido y no ven a sus allegados como agresivos o violentos: *no es una persona agresiva, Eros no se mete con nadie. Al revés es una persona muy cariñosa, muy pesada, vale, ¡pero no agresivo!* Pero... al igual que en el caso de Ajax, también cambia su narrativa: *ya ha habido dos veces, que se ha tomado pastillas ¡otro como mi madre que ingresaba aquí por suicidio!* (Acantha. Hermana de Eros. 31 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica atípica. Varios reingresos. Traslado a unidad H3)

Aunque el riesgo de que cualquier persona pueda convertirse en víctima de un ataque perpetrado por un enfermo mental es muy reducido, este aumenta generalmente en personas que conocen, tratan o están relacionadas por lazos de atención, familiaridad, parentesco y convivencia. Tal y como relataba algunos de los informantes, la agresividad va dirigida a las personas más cercanas: *mis enfados son indistintos, aunque frecuentemente van dirigidos hacia los más cercanos, pues son con los que tienes más confianza* (Hera. 33 años. Diagnóstico médico psicosis inespecífica. RT). *Cuando me considero agresivo, por falta de dialogo (...) me dirijo a las personas que me importan, que están en mi contexto inmediato* (Rhodes. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide. Pocos ingresos. RT) También hacia uno mismo:

Normalmente, dirijo mis enfados hacia mí misma, en forma de cortes, golpes, tirar objetos, pinzamientos, cabezazos ¡Pero nunca he intentado atentar contra mi vida! Cuando tengo un arrebató agresivo no suelo arrepentirme (...) con lo que sí lo volvería a hacer, ya que es una manera de relajar y sacar la rabia a lo que sea que esté sintiendo en ese momento⁷⁵ (Melia. 49 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo. Pocos ingresos. Traslado a subagudos. RT)

Y en ocasiones la expresión de la agresividad es hacia los demás y hacia sí mismo:

Mis enfados, creo que los dirijo a las personas que me entienden o que creen saber lo que me pasa, y que en realidad, no lo entienden en general. No porque no quieren entenderlos. Quizás es de la misma impotencia, me he agarrado la cabeza en ese momento. La verdad es que nunca he intentado atentar contra mi vida. Aunque lo he hecho en esta última recaída... ¡He saltado al vacío desde la ventana de mi habitación! Me siento muy mal por haberlo hecho. Creo, espero y confío ¡en qué no lo volvería a hacer! (Sirena 28 años. Diagnóstico médico: Trastorno Límite de Personalidad. Tres ingresos. RT)

⁷⁵ Melia durante su estancia en subagudos realizó un intento autolítico grave.

También existen los episodios violentos en las unidades de hospitalización psiquiátricas, como las vividas y explicadas por mí en la introducción de la tesis.

Según algunos estudios⁷⁶ es evidente la existencia de relación entre padecer algún trastorno mental y un aumento en el riesgo de la violencia, correlación que se convierte en una de las principales causas de los internamientos psiquiátricos; llegando a ser en ocasiones el motivo de ingreso. Sin embargo, Maia madre de Ajax, explica que no todos los esquizofrénicos son agresivos:

Pienso que he tenido mucha suerte, ¡que no es violento!, ¡que esto es una suerte bárbara! La verdad es que a Ajax le daba por abrazar a los árboles. Te decía “las olivas no las pises, las avispas no las mates” Y ¡te da mucha pena! Porque lo ves pobrecito, ¡como un niño!, y ¡es eso el palo! (Maia. Madre de Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia. Tres ingresos)

Entonces ¿se puede asociar este tipo de enfermedades con la agresividad? En general, los profesionales opinan que no todas las personas agresivas están ingresadas, que la agresividad es un factor generalizado en la sociedad y que no por el hecho de tener una enfermedad mental se es más agresivo: *A ver, yo creo que la agresividad ya viene de base ¡que si tú eres agresivo, vas a ser igual de agresivo tengas la enfermedad o no! Otra cosa es que, tengas esquizofrenia y que se te vaya más la cabeza. Entonces si una persona es agresiva lo será antes o después de que tenga la enfermedad, pero lo mostrará más sí la tiene* (Pandora. Enfermera)

Aunque se relaciona la violencia con el trastorno mental, la mayoría de las personas violentas no tienen ninguna enfermedad mental y las personas con trastornos mentales no son más violentas que el resto. La mayoría de los sucesos violentos que ocurren en nuestra sociedad los cometen personas “cuerdas” y proporcionalmente existen más personas *cuerdas* que *locas*. Muchos de estos actos violentos cometidos por enfermos mentales parecen inevitables, especialmente cuando se asocian a patologías crónicas y de difícil tratamiento. Por ello, la probabilidad de que sucedan nuevos actos violentos puede minimizarse por medio de una política preventiva individualizada y derivada de una adecuada gestión de los factores de riesgo. Motivo por el cual es recomendable incluir una valoración del riesgo de violencia. Por ello, en las unidades de agudos existe una escala de heteroagresividad que se activa cuando al

⁷⁶ Véase al respecto: Baron (1977), Botsis, (1995), Dunner (1993)

paciente que ingresa se le detecta un riesgo potencial de agresividad o violencia, además de los protocolos de ORA (Observación por Riesgo Intento Autolítico) y ORCI (Observación por Riesgo de Conductas Imprevistas), que se explicarán en el apartado 9.1.

Otro aspecto importante, es que la apreciación de algún informante, de que a lo largo de los años, el grado de agresividad disminuye:

Tengo menos conatos de agresividad conmigo mismo. Nunca he perdido el respecto en la clínica a nadie. El respeto me refiero a agresivo, pegar o pelea, pero sí que es cierto, que en seguida la pago conmigo mismo y empiezo a pegarme golpes ¡no es que me lastime del todo!, ¡es como un descontrol y un control instantáneo!, ¡pa, pa, pa! Y luego veo como me descontrolo y me controlo yo mismo. Que años atrás ¿no sé si tú me llegaste a conocer aquí? Era un descontrol continuo, sin pegar a nadie pero continuo y esto acababa en contención mecánica. Eso lo he ganado con el tiempo, las neuronas se me han aplacado un poquito o tengo más autocontrol yo mismo (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar. Múltiples ingresos durante años. Derivado a subagudos y de allí a una unidad de larga estancia psiquiátrica)

Puedo concluir diciendo que la agresividad es una constante que aparece en muchas de las narrativas, razón para que en ocasiones se ligue a la enfermedad mental, sobre todo con la esquizofrenia, que se convierte en el trastorno *estrella* de la agresividad y perpetúa el estigma existente hacia los afectados. La conducta agresiva, ya sea verbal, física, activa, pasiva, impulsiva o violenta puede ir dirigida hacia objetos, hacia uno no mismo o hacia otro/s, siendo las personas más cercanas el “blanco de la expresión de la agresividad”. Paradojamente, en su mayoría no se consideran agresivos y lo viven de manera negativa, haciendo autocrítica.

7.2.5.1.- El suicidio: cada uno es dueño de su vida

El suicidio es uno más de los *espectros* que rodean a la enfermedad mental, por ser un tipo de agresividad que se dirige hacia uno mismo. Este término aparece muy a menudo en las conversaciones de los profesionales que trabajan en los psiquiátricos. Pero al igual que pasa con muchas palabras su significado es ambiguo, pues el intento suicida comprende variadas conductas, desde pensamientos, actos, intentos fallidos de terminar con la propia vida que, aunque no tengan finales mortales, afectan al sujeto y a su contexto en general (Casullo y Bonaldi, 2000).

Según Durkheim (1971), la voz popular piensa que el suicidio es un acto desesperado de un hombre que no quiere vivir. Siendo una renuncia y un acto con conocimiento de causa. Sea cual fuere la razón que la llevará a la víctima a conducirse así, en el momento de obrar, ésta sabe y es consciente de cuál va a ser el resultado de su conducta:

El suicidio presenta todos los caracteres de las alienaciones (...) El hombre no atenta contra sus días salvo en estado de delirio y los suicidas son alienados (Esquirol (1838) En Durkheim (1971))

Sin embargo, la edad, el ambiente, las condiciones individuales, los acontecimientos de la vida, las circunstancias con las que cada uno de nosotros vivimos y a las cuáles nos enfrentamos, todos ellos son factores relacionados con los intentos de suicidio. Por mi experiencia en general, es multicausal.

Otro factor determinante es la manera en que la sociedad entiende “el suicidio”⁷⁷. Algunos profesionales siempre han referido: *aquél que llama la atención e insiste en que se va a suicidar, es la persona que no lo hace. Sin embargo aquella que no lo dice y lo calla, ésta sí que tiene un riesgo potencial muy grande, siendo la persona que realmente lo ejecutar* (Iris. Enfermera). Esta manera de pensar, puede coincidir con la siguiente cita:

Hemos demostrado que los individuos que más penan no son los que se matan más (Durkheim, 1971: 240)

Se considera que existe una relación entre el comportamiento violento contra uno mismo y el dirigido a los demás, quienes intentan suicidarse corren mayor riesgo de ser violentos (de provocarse una autoagresión); de la misma manera quienes son violentos con los demás, corren mayor riesgo de dirigir, en algún momento, esa agresividad hacia ellos mismos. Pudiendo pensar entonces que un impulso agresivo básico, el cual se desencadena por distintos factores, puede determinar hacia dónde va dirigida la agresión. Recientes estudios publicados con pacientes que presentaban conductas suicidas, apuntan a la posible existencia de una alteración serotoninérgica independientemente del diagnóstico psiquiátrico y de la existencia de agresividad (Véase Arranz et al, 2003 citado en Ros et al 2004, 195-207)

⁷⁷ Esta cuestión no será tratada, puesto que supondría una profundización sobre las formas de entender el suicidio en diferentes tipos de sociedades, argumento no central de esta tesis.

Durante el análisis de los datos he observado que las ideas autolíticas o las tentativas suicidas entre algunos informantes de esta tesis son numerosas. Por ello, quiero resaltar algunos relatos que versan sobre ellos. Aunque las ideas autolíticas podrían considerarse como “síntoma” o el intento de suicidio como un motivo de ingreso y, podrían ser estudiados en el capítulo dedicado al modelo explicativo de Kleinman, he preferido tratarlos en este momento.

Casi todos los intentos autolíticos han sido realizados por las informantes. De los catorce informantes con seguimiento durante un año, 8 hombres y 6 mujeres, 4 de ellas han realizado algún tipo de tentativa suicida, intento de suicidio o de autolisis, estos tres términos son utilizados por igual.

Para realizar las conductas suicidas han utilizando varios métodos:

1.- El abuso de fármacos: *¡tomé las pastillas! Y a veces me he cortado para sentirme mejor, pero superficialmente* (Elma. 29. años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia. Varios reingresos. Derivada a subagudos). *¡Me he intentado suicidar! Si unas tres o cuatro veces. Porque estaba cansada de la enfermedad y es muy difícil llevarla (...) Por mucho que te mediques, no sabes cuándo te va a dar el brote. Y venga ingresos...* (Artemisa. 43 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar. Múltiples reingresos). *Me había intentado suicidar un montón de veces con pastillas ¡no quería vivir! Días antes de que me trajeran aquí me había tomado 26 pastillas y 1 botella de bayleis y me había intentado rajar otra vez la hernia. A ver ¡es que no tenía ganas de vivir!* (Megan. 34 años. Diagnóstico médico: Trastorno de personalidad. Primer ingreso) *Me tomé pastillas porque pensaba que estaba muy cansada y veía que mis planes de hacer amigas y seguir una vida normal se habían estropeado para siempre. Tenía diecinueve años* (Anémona. 26 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia. Varios reingresos). *El día que ingresó se tomo 3 pastillas seguidas del protector gástrico. Y me dijo: me he tomado un montón de pastillas para quitarme de en medio* (Hija de Gea. 83 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica. Primer ingreso)

2.- La *defenestración*⁷⁸ que puede acompañarse o no de otros métodos: *primero con las pastillas, después se quiso tirar por la ventana de la habitación (...) Otra vez quiso cortarse con las cuchillas, ¡te cogía una cuchilla o te cogía un cristal y se cortaba! Y mil cosas más...* (Madre de Sirena)

Al testimonio de su madre Sirena añadía:

Sí, es cierto. Cuando estoy agresiva intento hacerme daño, hacerme cortes con la cuchilla ¡No puedo evitarlo! Hasta que no me hago sangre y eso, ¡no paro! Pensé primero tomar la medicación con el fin de suicidarme y ahora, tengo ¡ataques de ansiedad y de agresividad!” *Tras su testimonio le pregunté el por qué de estas conductas. A lo que me respondió: No sé... Tenía en la cabeza que me quería suicidar ¡No me tranquiliza! ¿No sé que quiero conseguir en ese momento haciéndome eso? Nada ¡Tengo algo dentro! Tengo ira dentro que me hace en ese momento estar enfadada y ¡no sé porque! Y entonces hasta que no me hago sangre, no paro. Sí, porque no quiero vivir más ¡Es que me quería suicidar! Porque no quiero vivir. Mi familia intenta evitar que me lo haga y entonces soy consciente y me siento culpable (Sirena 28 años. Diagnóstico médico: Trastorno límite de personalidad. Tres ingresos)*

3.- Armas blancas: cuchillas, cuchillos, cristales, etc.:

En casa es agresivo, se puso a decir que su cuñado, el novio de su hermana, ¡era un cabrón! (...) ¡ahí se lió el asunto!, y entonces yo le dije a mi hijo: pues mira que esto no está bien ¿qué te pasa? Y mi hijo Sibyl me contestó: ¡Tú no te metas, judío, egipcio, andaluz!, y yo le dije: ¡andaluz sí que soy! (...) Estaba tan nervioso y entonces vino como para pegarme y se clavó el cuchillo (Padre Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide. Varios ingresos. Derivado a subagudos)

El método autolítico más practicado y frecuente es el consumo de pastillas y es realizado por el sexo femenino versus al sexo masculino que utiliza el arma blanca. Resultado que coincide con otras investigaciones, donde se expone que en el sexo femenino prevalece en la tentativa de suicidio. Y el método suicida utilizado por las mujeres es el uso de psicofármacos (Mardomingo, Catolin-Zamora, 1992, Mardomingo, Gil, 1992, Ineke, et al, 1994) Diferentes estudios han demostrado la existencia de una relación entre impulsividad, agresividad y suicidio, Plutchik (1989)⁷⁹. Resumen:

⁷⁸ Término utilizado habitualmente en la unidad de agudos para definir el acto de tirarse por la ventana.

⁷⁹ Destaco este estudio porque considero que brinda una información de los factores que estoy exponiendo en este apartado.

En este estudio participaron 100 pacientes y se estudiaron las siguientes variables: la impulsividad, la depresión, la desesperanza, los problemas vitales, la violencia familiar, las estrategias de afrontamiento, el apoyo social. Estas variables se estudiaron como posibles factores del riesgo. Los resultados concluyeron que las principales variables que se correlacionaban con el suicidio eran la depresión, los sentimientos de desesperanza, la problemática vital y la sintomatología psiquiátrica. En contraposición, la agresividad se correlacionaba con la impulsividad, la problemática legal y los factores estresantes ambientales. También se evidenció una correlación significativa entre la impulsividad y el riesgo suicida, la agresividad, la culpa, la rabia; así como la historia familiar de agresividad o violencia. También se demostró que los factores ambientales y de apoyo social disminuyen el riesgo de suicidio y de agresividad. La impulsividad se ha reconocido como uno de los factores de riesgo de conducta suicida, especialmente en las tentativas repetidas. Sin embargo, existen otros estudios que han demostrado la existencia de ausencia de correlación entre la impulsividad y las tentativas autolíticas.

Cada intento de suicidio, aunque no sea consumado, causa un gran trastorno para la familia. Puesto que, la familia es una parte importante de estos episodios. Siendo ellos los que los presencian y viven, dependiendo de con quién convivan los afectados; incluso cuando hay invitados en casa. En muchas ocasiones los familiares deben de actuar, tomando medidas para poder poner fin a estos episodios de agresividad y violencia que generalmente se producen en el domicilio de los informantes, tal y como explicaban el padre de Sibyl y la madre de Sirena. También existen problemas que pueden desencadenar agresividad y violencia por parte de los familiares. Problemas con el alcohol:

Mi padre bebía. Y, alguna que otra ostia me ha dado y ¡me ha pisado la cabeza! ¡A mis hermanas no! A mi madre alguna vez la ha cogido de la muñeca. Pero ella estaba trabajando y a mí no me creía. A lo mejor me hacía un morado y yo le decía: mama me había caído por las escaleras. Y cuando le intenté decir “mama el papa me pega” ella no me creyó. Luego se peleó con mi padre y él golpeó el cristal y se hizo una raja (Elma. 29 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia. Varios reingresos. Derivada a subagudos)

Mi padre es alcohólico y le pegaba a mi madre y a nosotros también ¡Daba puñetazos! (...) ¡Es increíble lo que pasa allí!, ¡se le ha ido la pelota a más no poder! Se mete mucho con nosotras, conmigo y con mi hermana, nos dice: *¡putas, zorras, no salgáis!, ¿quién os va a querer a vosotras? ¡No os va a querer nadie!* Nos dice de todo, menos bonitas, que estamos idas de la cabeza, de la pelota. Dice que estamos en su casa y mi madre se calla.... Y no puede ser que estemos aquí, cada dos por tres por culpa de su comportamiento -somos las dos que hemos estado aquí ingresadas-. No, ya no aguanto más. Ya no se puede estar ¡es una locura!

(Atenea. 32 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia. Múltiples reingresos. Derivada a subagudos)

Problemas con los malos tratos por parte de la pareja: *cuando me pegó la primera vez mi marido, mi madre en vez de apoyarme y buscar ayuda, lo único que me dijo: es que no me moviera de casa y que si me pegaba ipues que me aguantara!* (Megan. 34 años. Diagnóstico médico: Trastorno de personalidad. Primer ingreso). O mentiras del propio informante, como es el caso de Maggie: *¡no te acordarás, pero en el clínico dijiste, que tu padre te pegaba!* Maggie: *¡Ah no! Porque alguna vez me ha pegado un bofetón, ¡pero hombre no!* (Madre y Maggie. 19 años. Diagnóstico médico: Trastorno somatomorfo)

Antecedentes de suicidio: *yo se lo dije al médico, mire no le dé el alta a mi madre porque mi madre está mal, y mi madre a los dos días se tiró por la ventana desde un décimo piso. Tenía 56 años* (Acantha. 35 años. Hermana de Eros. 31 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica atípica)

En resumen, el ambiente familiar interviene en las respuestas de los individuos que componen la unidad doméstica, sobre todo durante el proceso de socialización. Pues durante estas etapas se tiende a replicar e imitar los modelos sociales adquiridos por los progenitores. En ocasiones, la violencia, la agresividad, el suicidio o los delitos, no están relacionados con los propios informantes, si no con los lazos de parentescos, y en muchos hogares existen “estos espectros” que se relacionan con la enfermedad mental pero que, muchas veces, no son resultados de ésta.

7.2.5.2.- Agresión y delitos violentos: ¡no debería haberlo hecho!

La violencia es uno de los problemas más importantes en el mundo. Históricamente se ha relacionado con determinados colectivos y con diversos factores de riesgo: personas con antecedentes de enfermedad mental, sobre todo trastornos de la personalidad, agresividad, impulsividad, riesgo e intentos de suicidio o autolesiones, maltrato infantil, historial de abusos, pederastia, problemas relacionados con las drogas, el alcohol y la ludopatía o juego patológico, etc. Mischel (1971) afirmaba:

Aún en las etapas más sencillas y primitivas de la socialización, se requiere aprender a diferir los propios impulsos y a expresarlos sólo bajo condiciones especiales de tiempo y lugar (...) Se requieren cadenas enormemente complejas de

gratificantes diferidas, a fin de que la gente alcance las recompensas postergadas que provee el sistema social y las instituciones de nuestra cultura (Mischel, 1971: 380)

La incapacidad para postergar esas gratificaciones, es decir, la impulsividad, se encuentra relacionada tanto directa e indirectamente con la agresión y la criminalidad, Wolfgang (1973), Reckless (1973). Según Mischel (1971), la incapacidad para poder realizar sacrificios y planes a corto o largo plazo, impedirán al individuo alcanzar un alto nivel de autorrealización ocupacional. Los individuos que no tienen capacidad de realizar planes de futuro, se verán desprovistos de medios para poder alcanzar sus metas y objetivos.

Merton (1957) en su trabajo *innovación* expone que aquellos individuos que quieren alcanzar las metas socialmente establecidas, y que no disponen de los medios, necesarios, pueden incurrir en conductas consideradas desviadas y criminales o “innovaciones”, como medios para llegar a esas metas. Por este motivo las personas muy impulsivas pueden llegar a “inventar herramientas”, para alcanzar sus metas y llegar a un acto de agresión. Esta agresión en general suele ser una “conducta instintiva”, que si no se la expresa regularmente, puede acumularse en el individuo, llegando en ciertas ocasiones a una descarga excesiva y espontánea de violencia en un momento dado.

Estos párrafos anteriores, son un intento de introducción a la cuestión más complicada y compleja que me he encontrado al realizar esta tesis: los delitos violentos. Durante mi trabajo de campo, más concretamente en la fase de realización de las entrevistas, nunca hubiera imaginado que en sus relatos aparecerían *secretos inconfesables* que no constan en la historia clínica del informante. Algunos no narrados a persona alguna: un homicidio, donde se me revelaba al culpable, un informante pederasta, un pirómano, etc. Me llamó la atención descubrir que muchos de ellos⁸⁰ tenían juicios pendientes. Algunos de estos juicios se debían a diferentes causas: la custodia de los hijos: *tenía un juicio pendiente para la custodia de mi hija y me denuncia mi madre* (Megan).

Por delitos de violación de una menor o intento de asesinato:

⁸⁰ En este subapartado y en siguiente solo expongo el nombre del informante.

Yo primero, pegaba y amenazaba a mi padre y a toda la familia y ¡pienso que no debería haberlo hecho!, ¡porque me llevaron a la cárcel a Quatre Camins por violación! Iba con Juno⁸¹, él es el culpable. Y a mí me enviaron a la cárcel, nueve años. Él amenazó a una niña menor de ocho o nueve años y la mató, ¡es un asesino! En una cueva ¡la violó, solo él, yo no! De esto hace ocho años y me echó la culpa a mí. Los mossos fueron a buscarme a la cueva y me esposaron y ¡el salió libre! Y yo fui a la cárcel... a “Quatre Camins” acusado de violación y ¡lo pasé mal, durante nueve años! (Vasilis⁸²)

Estoy aquí por una condena. Agredí a mi hermano pequeño y lo apuñalé y me llevaron preso a la modelo. Allí estuve dos años, un mes y una semana en Can Brians. Pensaba que me iba a atacar a mí antes y lo atacé yo a él y le hice mucho daño. Tenía 20 años y ahora tengo 29 años, han pasado casi ocho años (...) A raíz de esto me siento mal. Mi hermano se salvó y he intentado hablar con él, le envío mensajes y le digo que lo quiero mucho, y no puedo pasar sin él y me ha perdonado, pero de momento se mantiene distante (Raissa)

Por pirómano, pederasta *a pequeña escala* y una ludópata:

¡Quemé mi piso! Todo para apoderarme de él. ¡Le prendí fuego! Les di dinero a las niñas para que fueran a comprar pescado, sabiendo que era lunes y todo está cerrado. Todo ello para que no vinieran. Abrí el gas y a mi pareja le dije que siguiera durmiendo y quemé el piso, pues a ella la pegaba y levantaba la mano. Ellas gritaron, pidiendo ayuda y vinieron los mossos (...) ¡Hasta en la cárcel he sido malo y rebelde! (...) Pues allí un preso ¡es un criminal! (Colin)

A mí se me podría haber tachado de pederasta -cosa que en la H4 no sabéis- aunque a muy pequeñísima escala: con mis dos primitas, porque he jugueteadado con niñas (...) fue en casa, sí... con ellas. No ha habido ni penetración, ni felación, ¡no ha habido nada! Los médicos me han dicho que eso no significa que me vayan a enviar a la cárcel, ni es delito, ni es nada ¡Ahí está! Mal hecho por mí parte, bueno por mí no, por mi otro yo. Porque yo tuve una novia y me separé de ella. Lo que buscaba era... lo que se dice sexo, pero no con niñas, sino con mujeres. Y como no pude... ¡Ahora pienso que eso, es de ser un cabrón y un hijo de puta!, ¡pero son cosas que pasan y que tu otro yo te dice!, ¡se alteran tus hormonas, tus nervios, se te altera la lívido y te pones cachondo y ya está! (...) Mi tía me vio jugueteadado con la niña -con su nieta- y no sé si dijo algo o no. Y luego cayó enferma y se murió ¡Ya sé que soy un cabrón! Y si hay que pedir perdón lo pido ante cualquier juez. Pero yo creo que no ha sido para tanto lo mío y ni para tanto lo de mi madre. Han sido malas jugadas de mi mente ¡Pero existir las dos cosas, han existido! Y ahora pienso... ¡Qué me quito lastre!, ¡pero estaba muerto! (Jano)

También tengo el problema de ludopatía (...) ¡Porque tengo una amiga que tenía ese problema! Y ¡me apoyé en ella y fue mi perdición! (...) Además ¡me evadía y me ponía violenta! ¡Porque lo voy a reconocer!, ¡yo me gasté el dinero que la empresa en la que trabajaba me había dado, por echarme injustamente! (Megan)

⁸¹ Juno: Individuo con trastorno mental, ingresado en la unidad de Rehabilitación psicosocial.

⁸² Trasladado desde la prisión, ingresa por medidas alternativas, es decir, para acabar su condena en una unidad psiquiátrica

La ludopatía es una patología asociada al stress, la violencia y a otras entidades psicopatológicas, que seguramente vemos a diario y rara vez relacionamos con esta adicción. Con este término me refiero al juego de apuestas o de azar. Este concepto existe desde tiempos remotos, pero fue Morán quien en 1975 lo denominó “juego patológico” y desde 1980 es considerado “un trastorno mental” por el DSM III, según American Psychiatric Association (1980). Y desde el 1992 fue reconocido también, por la Organización Mundial de la Salud. Es una alteración de la conducta, en la que el sujeto pierde el control voluntario, incrementa la actividad y aumenta la cantidad en las apuestas, pierde su familia, su trabajo, su fortuna y sus relaciones sociales. Para el individuo que la padece su mundo es el juego. Aunque hay que decir que no todo jugador será jugador patológico, compulsivo o ludópata.

En algunas ocasiones los propios informantes reconocen “el acto violento o el delito”. Es lo que los profesionales denominamos “hacer crítica”, es decir “reconocer lo que se ha hecho”. Y en general, este reconocimiento de los propios actos se considera un “síntoma positivo de mejoría”, sobre todo en el caso de los intentos autolíticos.

Para acabar, quiero decir, que los relatos de algunos de los informantes me han resultado dolorosos de escuchar por el contenido al que hacían referencia. Por ello, no me he tomado la narración como primer foco de atención en la vida del informante. Considero que el delito es un episodio puntual y ocasional, que produce una ruptura brusca con todo lo conocido hasta ese momento. En consecuencia, he intentado no ser subjetiva ante las narrativas contadas. Algunos de las narraciones podemos considerarlas *brutales, horribles e impactantes*, pero no por ello debemos generalizar estos hechos. Pues, no todos los actos de este tipo son llevados a cabo por personas con enfermedad mental.

7.2.5.3.- Despertando: ¡de la fiesta al manicomio!

Para acabar este apartado que lleva por título *El sombrero*, he querido incluir como factor de riesgo de la agresividad el uso y abuso de las drogas. Existe mucho debate y literatura sobre estas cuestiones, por ello he creído oportuno no entrar en un debate teórico, para no alejarme del objetivo de esta tesis y lo que su desarrollo supondría en la práctica. Por ello, me centro en mi trabajo etnográfico sobre las drogas y en los relatos de los informantes consumidores. Como bibliografía simplemente he seleccionado algunos trabajos para establecer el hilo conductor que me han parecido relevantes e interesantes.

Muchos estudios recientes inciden en la importancia que tiene su consumo como potenciador de la agresividad y la relación con la enfermedad mental. En algunas encuestas se ha visto que el consumo y el abuso de sustancias están ligados a un aumento de agresividad (Villatoro et al, 2007) y se correlacionan significativamente con el riesgo suicida, la violencia y con la juventud, en el sentido de que modifican el comportamiento. Desde hace años ha tenido lugar un aumento significativo en la prevalencia de los diagnósticos psiquiátricos asociados o diagnósticos de comorbilidad. Las últimas previsiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estiman que para el año 2020, el 75% de las personas con una enfermedad mental crónica tendrá, además, algún problema de adicción. Por este motivo, el consumo de drogas es un problema que despierta preocupación en todos los países del mundo, tanto desde el punto de vista de la salud, social, cultural, ideológico y político, *patología dual* (2009).

Existen una gran cantidad de indicios históricos y etnográficos, Romaní (1997), expone que, desde sus inicios las sociedades humanas han conocido y utilizado sustancias para alterar su estado de ánimo, acceder a otras formas de conocimiento para sentirse bien, sedarse y estimularse. El consumo y abuso de sustancias “adictivas”, constituye un complejo fenómeno, que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar, en el desarrollo y la estabilidad social. Aunque en la actualidad toda la sociedad está expuesta a las drogas, hay grupos más vulnerables que otros: los niños y los jóvenes. Éstos pueden truncar su posibilidad de desarrollo personal y de realizar proyectos positivos de vida (véase al respecto Gómez, 1999).

La adolescencia es un período clave para la adopción de las pautas de uso de sustancias adictivas, según García-Cabeza et al (2010) y Franzowiak (1987). Las relaciones interpersonales se modifican notoriamente, se produce una separación de las actividades familiares y se desarrollan amistades íntimas que pasan a desempeñar un papel muy importante en la vida social del adolescente. Todos estos cambios facilitan que sean estos individuos los más proclives a la búsqueda de experiencias nuevas y aquellas que pueden dar carácter de madurez a su personalidad. Se trata del período de la vida en el que tiene lugar el encuentro, la experimentación con el tabaco y el alcohol, y durante él se perfilan las actitudes ante las drogas de uso no institucionalizado. El consumo de alcohol y drogas en la adolescencia se asocia al ocio y a las relaciones sociales. El origen etimológico de la palabra adicción, significa “el poder de disponer del cuerpo ajeno en pago de una deuda”. Definición que pone el acento en la imposición de la sustancia sobre la persona. Podemos definir adicción como una enfermedad compleja que se caracteriza por un deseo, búsqueda y consumo compulsivo y a veces incontrolable, que persiste incluso ante consecuencias negativas y con posibles recaídas inclusive tras largos períodos de abstinencia según Barbado (2006).

Este incremento en la prevalencia es cada vez más una realidad presente en el ámbito psiquiátrico o de salud mental, pues un alto porcentaje de individuos jóvenes que ingresan presentan al mismo tiempo una patología psiquiátrica y problemas de adicción; lo que plantea la siguiente dicotomía: ¿se trata de patología dual? Con este término, como su nombre indica, me estoy refiriendo a dos tipos de patologías que coexisten en una misma persona: un trastorno psicopatológico o psiquiátrico grave y otro trastorno relacionado con el consumo de drogas. Sin embargo, este término ha adquirido múltiples connotaciones pudiendo significar que ambos diagnósticos son independientes y ocurren de forma simultánea, y que el síndrome psiquiátrico puede haber sido inducido por sustancias o que el de trastorno por uso de sustancias, es secundario a un trastorno psiquiátrico, véase Patología dual (2009). Estos trastornos tienen una prevalencia mayor entre las personas que tienen un trastorno por abuso de sustancias. El 50% de los enfermos psiquiátricos desarrollan un trastorno por abuso de sustancias a lo largo de su vida y hasta el 36% de los enfermos drogodependientes presentan un trastorno psiquiátrico, según Casas y Guardia (2002)

7.2.5.3.1.-La cultura de la “Fiesta”

Una nueva sociedad emerge a mitad de los años 80, respondiendo a diferentes retos y situaciones: las corrientes pacifistas, la masificación universitaria, la reivindicación nacionalista, el desempleo juvenil, etc. Representaban formatos sobre los que se van articulando una nueva cultura juvenil. Su extensión y éxito puede atribuirse a varios factores, pero fue *sin duda la falta de alternativas, el vacío cultural en el que crecía la democracia y la sociedad de consumo, las que propiciaron la emergencia de la cultura de la fiesta, la tolerancia hacia el consumo de drogas y la eclosión de los comportamientos narcisistas*, Comas (1994).

En gran medida esta cultura de la fiesta ha venido desarrollándose en el marco de lo que ha dado en llamarse “la movida” que, es una forma global de referirse a las características de los espacios, horarios, etc., que conforman el comportamiento festivo y de consumo de sustancias de los jóvenes españoles de los últimos 20-25 años.

Los adolescentes se sienten incomprendidos y en lucha constante por construir su autonomía e identidad social por lo que necesitan una *cultura propia*. Por ello, podemos hablar de una cultura juvenil que está directamente relacionada con la aparición de nuevos hábitos y comportamientos en torno a “la fiesta”. Pues *la fiesta* les ofrece un espacio de relación entre iguales, *de no pasar desapercibido* y de decir *aquí estoy*. Todo ello comporta aspectos de exhibición, de mostrarse, “se va a mirar y a ser mirado”, “ver y que te vean” todos ellos son elementos centrales de “la fiesta”. Sobre todo en las discotecas donde se aprecia ese carácter de exhibicionismo, de escaparate de uno mismo. Aunque, según dicen, *a la fiesta no se va a mirar sino a bailar* según Gamella et al (1997). La propia congregación de la juventud es espectáculo, sobre todo cuando se trata de juventud uniformada por la indumentaria, la música y la ideología.

Continuando con Gamella et al (1997) en los jóvenes, la presión hacia el estilo de vida del grupo de iguales puede conducir a una situación de inadaptación personal que aunque no se manifieste en un comportamiento socialmente inadaptado, supone una insatisfacción vital. A menudo necesitan instrumentos que ayuden a mantener ese frágil equilibrio entre la renuncia de sus propias metas y la presión social. Para eso, la sociedad ofrece una productiva industria, por ejemplo de alcohol o de drogas ilegales,

sin tener en cuenta los efectos sobre la salud, los efectos sociales, ni los costes económicos. Se trata de una adaptación social pero frecuentemente a costa de una inadaptación personal, Mingote y Requena (2008). Según Roncero y Barral (2008) los pacientes duales son pacientes que presentan mayor gravedad psicopatológica y psicosocial, ingresan más, presentan más riesgo suicida, tienen peor adherencia a los tratamientos, utilizan mayor cantidad de dispositivos sanitarios y sociales.

En un estudio realizado sobre el uso y abuso de drogas en la adolescencia, en la unidad de H4, véase Márquez et al (2011), pudimos confirmar la existencia de una relación en la disminución de la edad de inicio de los consumos y/o abusos de drogas. Actualmente el inicio en el consumo de drogas va de los 12 años a los 21, siendo entre 16 y 18 años los índices de consumo más alto. Este inicio coincide con la edad en que los adolescentes empiezan a salir con los amigos:

Empecé a tomar cervezas y fumar porros con 14 o 16 años en la discoteca, en las fiestas de navidad, cuando me invitaban mis amigos: marihuana, cannabis, porros, anfetaminas, cocaína, éxtasis líquido, etc. Cuando los tomaba, notaba una subida de adrenalina y ¡bailaba como un loco! Después no me encontraba mal. El efecto me duraba lo normal, unas dos horita o tres. No volveré a tomar ¡porque sé que es malo, muy malo! (Raissa)

Luego él empezó con tema de drogas y alcohol. Me parece que con los 11 años ya con los porros, todo lo que existía en la calle, menos inyectarse heroína: porros, marihuana, hachís, hasta hace tres años o así. Hasta que dijo *ya no tomo nada más*. Claro, porque ya no tiene las amistades que tenía antes (...) con esa gente no quiere ir, porque él dice, ¡que allí son drogas y alcohol! (Acantha. Hermana de Eros)

La desinformación, la no conciencia del riesgo, “el no pasará nada”, la experimentación y las sensaciones nuevas:

Una vez tomé drogas... una vez setas, un amigo me dijo de tomarlas haber que pasa y otra vez sinteticé María e hice un pastel. Me pase de los miligramos y metí un montón, no metí para un colocón sencillo, ¡si no para un viaje chulo! y además engañe a mis amigos, les dije que lo había hecho mi abuela ¡ja, ja, Ja! Y empezamos a comer (...) y pillamos un morao los tres ¡que no veas, alucinamos pepinillos! Y fue una experiencia divertida y muy chula, hasta que empezamos a sentir unos efectos extraños: yo me creía que era un Cyborg, mitad hombre, mitad maquina ¡una paranoia! Otro compañero se levantaba iba a coger un vaso y veía tres veces que iba a coger el vaso. Entonces me miraron y me dijeron: “¡qué hijo de puta que eres! ¿Qué estás haciendo?” yo ahora me río... ¡porque no paso nada! ¡Pero me jugué la amistad de mis amigos! ¡Pudo pasar algo grave! Les pedí disculpas (Ajax)

La imitación, el poco desarrollo del carácter y de criterio personal, la desinhibición en las personas más introvertidas y tímidas:

En Ibiza fui a una fiesta privada, y tomé droga. Me hice unas dos rayas, porque yo no soy una consumidora, pero me sentaron mal y eso me dio paranoia (...) También tomé cristal (...) ¡Y nos lo pasamos de puta madre! El cristal no se toma como la coca, éste se chupa ¿Y sabes por qué lo tomé? Porque el cristal es eufórico y te pone eufórica, cachonda, te ves muy agraciadita, graciosa, lo ves gracioso todo (...) Ahora ya no tomo drogas (Yurena)

E incluso el aburrimiento y las sensaciones nuevas:

Ahora la gente se aburre y lo toma por aburrimiento ¡claro! ¿Qué hacemos?, pues... ¡vamos a probar esto! El fin cuál es: ¡conseguir sensaciones nuevas!, ¡es la tontería más grande del mundo!, ¡yo me siento un poco tonto! pero es axial... ¡yo y mucha gente joven! (Ajax)

Las drogas más consumidas son: la marihuana, porros (hachís), anfetaminas, cocaína, éxtasis líquido (GBH), el cristal (metanfetamina), las setas alucinógenas y el tabaco:

Yo empecé a consumir drogas a los catorce o quince años, fumaba cigarros y fumaba porrillos de vez en cuando, pastillas. Empecé a consumir cocaína cuando un amigo me ofreció con 21 o 22 años, trabajaba en SEUR y era soltero. Cuando me casé lo único que consumía era cocaína y eso afectó a mi relación. Yo seguía consumiendo, decía que no ¡pero ella lo sabía! Luego cuando empecé a cobrar un sueldo digno acabe en la droga ¡un medio gramo, un cuarto, nunca llegaba a un gramo! Pero luego cuando conseguí más dinero, llegaba a un gramo, a veces dos gramos. Pero a ver una cosa ¡yo no era pelear, si no era drogadicto de corbata!, es decir, no era drogadicto de ir por la calle pidiendo dinero, sino que tenía un sueldo y podía consumir siempre que quería ¡Lo dejé hace cinco años, cuando murió mi padre! (Otis)

También el alcohol: *tenía bajos los glóbulos rojos, por eso bebía, ahora lo he dejado* (Rita) También encontramos que varios informantes tenían progenitores que abusaban del alcohol. Vesna a su vez relacionaba su abuso de drogas con las malas compañías: *vivía en ese mundo de droga y todo ha sido por culpa de los hombres. Porque he dado con hombres malos, ¡Menos mal que se me olvidará!* (Vesna). Y otros que establecían una “posible relación” entre el consumo y abuso de todo tipo de drogas con padecer una enfermedad mental: *yo creo que en tomar drogas en la adolescencia afecta mucho, ¡que a muchos se le va la castaña por eso!* (Atenea)

Los informantes consumen drogas en un contexto ritualizado, generalmente entre personas iguales (amigos, familiares). La mayoría de los informantes reconocen haber

consumido diferentes tipos de sustancias adictivas (hachís, cocaína, marihuana, setas alucinógenas, cristal, alcohol, etc.), aunque muchos de ellos minimizan sus consumos. Los informantes consumidores o ex consumidores no identifican las drogas como un agente causal de las consecuencias aversivas o perjudiciales, sino que, más bien, tienden a atribuir a las drogas los efectos positivos a corto plazo: sensaciones de bienestar, calma, tranquilidad, una reducción de la ansiedad y depresión, un mejor sueño, incluso una mejora de su imagen personal, como relataba Yurena. Estos efectos, potencian su autoimagen y les proporcionan un sentimiento de seguridad en sí mismos, ante los efectos negativos a largo plazo: aumento de las alucinaciones auditivas y visuales, la ideación delirante y suicida, interferencia en sus actividades de la vida diaria, etc. Tal y como cita Perrin (2008):

Pero tal vez este desorden la hace más fascinante todavía, porque se la asocia oscuramente, con valores que nuestra sociedad opone o juzga incompatibles: libertad/dependencia; creación individual/ comunión con el mundo; placer/sufrimiento; éxtasis/degeneración; religioso/profano; amor al producto/tiranía de la necesidad; prescripción inconsciente/prohibición oficial, etc.; la droga se ubica en el encuentro de lo individual y de lo social, de lo físico y de lo mental. Es un “operador” excepcionalmente eficaz, permitiendo un juego social y un juego intelectual de gran amplitud (Perrin, 2008)

Todo ello conlleva una disminución de la percepción del riesgo en relación con el consumo de drogas, así como una facilidad a la accesibilidad de las mismas, (Márquez et al, 2011), además de un aumento de los daños sobre la propia salud producidos por el consumo de los diferentes tipos de drogas: cannabis, cocaína, medicamentos, consumo excesivo de alcohol. Se puede decir que, con frecuencia, los adolescentes no ven la relación entre sus acciones en el presente y las consecuencias del futuro. Los problemas de los otros no son para ellos, la mayoría no piensa que el consumo de drogas puede ser el origen de una enfermedad psiquiátrica.

Para acabar este apartado dedicado al uso y abuso de drogas como factor de riesgo de agresividad y violencia, decir que, durante los últimos cuarenta años los estudios que se han efectuado con diferentes diseños, han obtenido resultados que demuestran que la prevalencia de la conducta violenta en personas afectadas por enfermedades mentales graves es mayor que en la población general (Wessely, 1997), y que este índice aumenta notablemente ante la coexistencia del abuso de drogas (Walsh, Buchanan y Fahy, 2002). Según los resultados obtenidos por National Institute of Drug

Abuse (2011) se podría considerar que la comorbilidad es significativa, término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona, entre el trastorno mental y el abuso de drogas o adicción, pudiendo ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas. Estos trastornos adictivos también pueden ser causados por factores de riesgo compartidos, tales como:

La superposición de vulnerabilidades genéticas. Hay factores genéticos que pueden predisponer a una persona a que sea susceptible tanto a la adicción como a otros trastornos mentales o que tenga mayor riesgo para un segundo trastorno una vez que aparezca el primero. La superposición de factores desencadenantes en el entorno. El estrés, el trauma (tal como el abuso físico o sexual) y la exposición temprana a las drogas son factores comunes en el entorno que pueden conducir a la adicción y a otras enfermedades mentales. La participación de regiones similares del cerebro. Por ejemplo, los sistemas del cerebro que responden a la gratificación y al estrés se ven afectados por las drogas y pueden mostrar anomalías en los pacientes con ciertos trastornos mentales. Los trastornos por consumo de drogas y otras enfermedades mentales son trastornos del desarrollo. Esto significa que a menudo comienzan en la adolescencia o incluso a una edad más temprana, que son los periodos cuando el cerebro experimenta cambios radicales en su desarrollo. La exposición temprana a las drogas también puede cambiar el cerebro de tal manera que el riesgo de sufrir trastornos mentales sea más alto. Además, cuando existen síntomas tempranos de un trastorno mental puede ser una indicación de que exista un mayor riesgo de toxicomanías más adelante (National Institute of Drug Abuse, 2011)

Ante la pregunta si la drogadicción es una enfermedad mental el National Institute of Drug Abuse refiere:

Sí. La adicción cambia al cerebro de manera fundamental, interrumpiendo la jerarquía normal de las necesidades y los deseos, y sustituyéndolos con nuevas prioridades relacionadas con la obtención y el consumo de drogas. Los comportamientos compulsivos resultantes, que debilitan la capacidad para controlar los impulsos a pesar de las consecuencias negativas, son similares a las características básicas de otras enfermedades mentales (National Institute of Drug Abuse, 2011)

En contraposición a esta afirmación, encontramos algunos entrevistados que discrepan con esta aseveración:

No, para nada. Las toxicomanías no son una enfermedad mental. Pues el tomar drogas es un acto voluntario, como él se coloca un piercing, o se deja el pelo largo. Que me digas, que como consecuencia de la droga pueda producirse una enfermedad mental, eso sí. Pues, estas sustancias producen daños en el cerebro...

Pero de entrada “eres tú” libremente, es tu personalidad, los rasgos tuyos, hacen que tú te metas lo que quieras. Es decir, es voluntario. Lo que sí que dicen es que hay un perfil genético, si tu padre ha consumido tú tienes más posibilidades ¡Pero no siempre es, así! Pues estos pacientes suelen ser demandantes, manipuladores, egoístas, intolerantes, etc. No les importa la familia (Lilyam. Enfermera)

Quizás una explicación de esta diferencia de opinión entre los profesionales y el National Institute of Drug Abuse, puede ser:

El contacto directo con el consumidor, pues nosotros somos las que nos encargamos de su cuidado durante las 24 horas al día. Y no los médicos que sólo los ven cinco minutos en su despacho. Pues en muchas ocasiones, la teoría se encuentra muy alejada de la práctica (Irene. Enfermera)

7.3.- EL CHARCO DE LÁGRIMAS...

Estar afligido por el sufrimiento de otro implica preocuparse por las cosas que preocupan al que sufre.

Alphonso Lingis

En este apartado pretendo presentar a los últimos protagonistas de mi tesis, los familiares del enfermo mental, y con ellos concluye este capítulo titulado insectos del espejo.

El grupo estaba conformado por 10 familias, más un grupo de familiares, en total trece, que participaron en una sesión sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia, ofrecida por la enfermera de la unidad de alta dependencia psiquiátrica, perteneciente al programa de rehabilitación psicosocial (Véase gráfico 4)

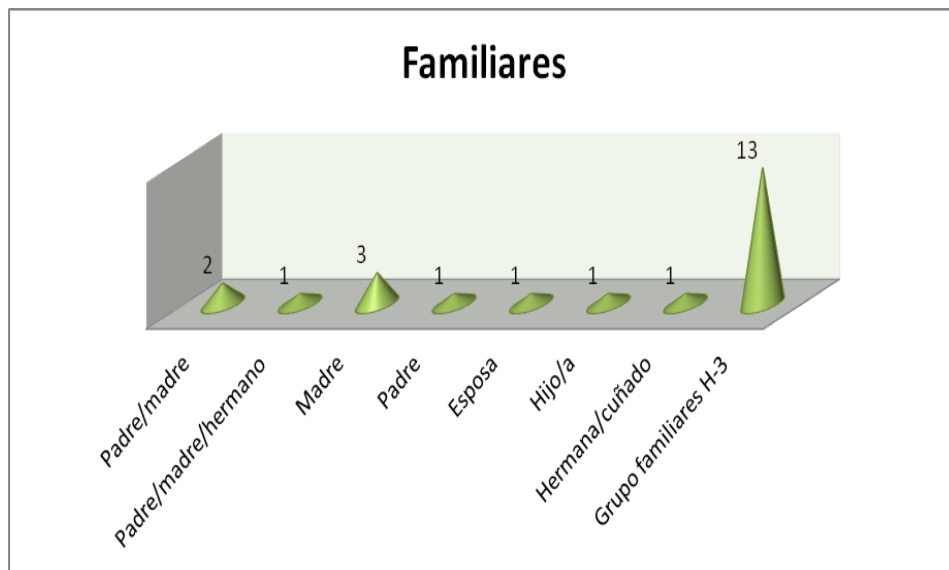


Gráfico 4.- Composición de las familiares entrevistados.

De las diez familias entrevistadas 9 han sido mujeres (madres, esposa, hermana e hija) y 7 hombres (padre, hermano, hijo y cuñado). El grupo de familiares de H3, trece en total encontramos (matrimonios: padres y madres, madres y padres solos), unas 20 personas en total. No pude saber realmente quién era cada familiar ya que no hubo presentación por parte de las familias.

Actualmente en nuestro entorno, los familiares asumen por lo general el papel de cuidadores de los enfermos mentales. Este hecho les implica una obligación que no es retribuida, ni esperada, pues normalmente la enfermedad aparece de forma brusca, convirtiéndose a largo plazo en incapacitante y crónica. Por este motivo, los pacientes no pueden cumplir con sus obligaciones personales y sociales y tienen que suplirles los cuidadores. Al mismo tiempo necesitan de una asistencia continua en su vida diaria y una contención frecuente -donde entran en juego las instituciones y los profesionales- de los trastornos de conducta relacionados con la enfermedad (Gubman et al, 1987).

Para el familiar, las consecuencias de cuidar a una persona afectada de un trastorno mental grave implica una serie de transformaciones en su vida, pues la convivencia con un enfermo mental con el que vive y al que se cuida, produce cambios profundos de adaptación dentro del seno de la unidad familiar(para todos los integrantes de la unidad doméstica). Por ello, la familia ha sido objeto de estudio desde los años cincuenta (Treadley, 1946).

Tras la Segunda Guerra Mundial se desarrolló una tendencia que recomendaba que el tratamiento de las enfermedades mentales se desarrollara en un centro hospitalario. Una de las razones de esta decisión, según Gradillas (1998), fue precisamente la importancia concedida a la familia como causante de estas enfermedades. Se suponía que la familia ejercía una influencia negativa en el enfermo. En contraposición los centros asistenciales pretendían la creación de un ambiente curativo. Un sinónimo de *casas de reposo*, donde el enfermo mental pudiera respirar *aire pacífico y tranquilo*. Sin embargo, los hospitales psiquiátricos se convirtieron en almacenes de enfermos donde se aislaba a los pacientes y se les custodiaba.

En los años cincuenta surgieron los medicamentos que controlarían los síntomas, los neurolépticos, lo que ayudó a que muchos enfermos mentales pudieran abandonar el centro psiquiátrico. Este hecho derivó en una disminución de los ingresos comenzando el período de “desinstitucionalización” que consistió en dar altas a todos los enfermos, incluyendo los crónicos, según Gradillas (1998). Este evento fue mucho más complicado de lo que acabo de exponer, tuvo su origen en el movimiento denominado Antipsiquiatría y se convirtió en el origen de la Psiquiatría Comunitaria, debido al *retorno del enfermo a su hogar* sin responsabilizar a la familia. Años más tarde, encontramos que muchos enfermos mentales se encuentran en el domicilio familiar. Lo que ha aumentado la cifra de los familiares que se dedican a cuidar a sus parientes próximos y su tarea no es nada fácil, pues cuando hace aparición una enfermedad mental grave, tal y como he expuesto en párrafos anteriores, la familia sufre cambios de desestructuración entre las personas que la conforman, dejando de ser, en ocasiones, ese microcosmos donde nacen las relaciones más enriquecedoras y sanas, prototipo de las buenas relaciones personales y sociales.

Antes de iniciar la exposición de los resultados obtenidos, quiero contextualizar la situación civil en el que se encuentran los informantes (Véase gráfico 5)



Gráfico.5.- Convivencia informantes.

Y el marco de procedencia u origen de los informantes al iniciar esta tesis y donde se encontraban después del seguimiento de un año (Véase tabla 5)

INFORMANTES	CONVIVENCIA Inicio	DERIVACION OTRO DISPOSITIVO	CONVIVENCIA Final
vasilis	PRISIÓN/DOMICILIO FAMILIAR		RESIDENCIA
Yurena	DOMICILIO PROPIO		DOMICILIO PROPIO
Rita	DOMICILIO PROPIO		RESIDENCIA
Rena	DOMICILIO PROPIO		DOMICILIO FAMILIAR
Melia	DOMICILIO FAMILIAR	SUBAGUDOS ⁸³	DOMICILIO FAMILIAR
Jacinto	DOMICILIO FAMILIAR		DOMICILIO FAMILIAR
Finn	DOMICILIO FAMILIAR		REHABILITACION PSICOSOCIAL
Colin	DOMICILIO FAMILIAR		DOMICILIO FAMILIAR
Dion	DOMICILIO FAMILIAR		DOMICILIO FAMILIAR
Vesna ⁸⁴	DOMICILIO FAMILIAR		PISO ASISTIDO
Rhodes	DOMICILIO FAMILIAR		DOMICILIO FAMILIAR
Marmara	DOMICILIO FAMILIAR		DOMICILIO PAREJA
Tess	DOMICILIO FAMILIAR		DOMICILIO FAMILIAR
Gea	DOMICILIO PROPIO		DOMICILIO FAMILIAR
Cosmos	DOMICILIO FAMILIAR		LARGA ESTANCIA
Megan	DOMICILIO FAMILIAR		DOMICILIO FAMILIAR
Ajax	DOMICILIO FAMILIAR		DOMICILIO FAMILIAR
Atenea	DOMICILIO PROPIO		DOMICILIO PROPIO
Artemisa	DOMICILIO PROPIO		DOMICILIO PROPIO/FUNDACIÓN
Sophia	DOMICILIO FAMILIAR	SUBAGUDOS	LARGA ESTANCIA
Anémoma	DOMICILIO FAMILIAR		DOMICILIO FAMILIAR
Sibyl	DOMICILIO FAMILIAR	SUBAGUDOS	DOMICILIO FAMILIAR
Otis	DOMICILIO FAMILIAR	HOSPITAL DE DIA	DOMICILIO FAMILIAR
Paris	DOMICILIO FAMILIAR	SUBAGUDOS	DOMICILIO FAMILIAR
Raissa	PRISIÓN/DOMICILIO FAMILIAR	SUBAGUDOS	SUBAGUDOS MEDIA ESTANCIA
Sirena	DOMICILIO FAMILIAR		DOMICILIO FAMILIAR
Cronos	DOMICILIO FAMILIAR	SUBAGUDOS	DOMICILIO FAMILIAR
Jano	DOMICILIO FAMILIAR		LARGA ESTANCIA
Vara	DOMICILIO PROPIO	SUBAGUDOS	DOMICILIO PROPIO
Elma	DOMICILIO PROPIO	SUBAGUDOS	DOMICILIO FAMILIAR

Tabla 5. Convivencia de los informantes al inicio de la tesis y al final.

Como podemos ver en la tabla 5, la mayoría de los individuos, veintiuno en total, vivía con los progenitores en su domicilio familiar: (Melia, Sirena, Jano, Otis, Cronos) o con otro tipo de familiar o un cuidador: *la señora Ana es mi cuidadora. Es mi vecina. Antes*

⁸³ Subagudos o H1, es considerada un unidad de media estancia. Aproximadamente de tres meses a un año.

⁸⁴ Vesna cedió el cuidado de su hija a su hermana. La niña no sabe quién es su madre. La hermana traía a la niña de visita algunos fines de semana, para que Vesna la pudiera ver.

vivía con mi madre, con mi abuelo, con mi abuela, con mi hermano. Pero se me murieron todos menos mi abuelita (Sophia. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide). Otros explican que sus hermanos con el tiempo se han emancipado y siete informantes disponían de domicilio propio y vivían solos pero, cuando aparece la enfermedad vuelven al domicilio familiar: *vivía solo pero de alquiler. Después de que le dio el brote le dije: te vienes a casa* (Maia madre de Ajax)

La convivencia en el domicilio familiar según los informantes no es sencilla:

¡Ah! ¡La convivencia! La conveniencia que es un rollazo. Mi madre tiene sesenta y seis años y se ha hecho mayor y me duele mucho pero también tiene lo suyo y se tiene que preocupar de lo mío y de los nietos- sigue yendo a los colegios a por ellos, cuidarlos y eso - y de un bar (...) Bueno, que vivo con ella, no hay feeling, que somos dos polos que se repelen. Bueno no se repelen, si no que somos iguales y estamos todo el día ¡pin, pin, pin, una que suelta y otro que va, uno que suelta y otro que va! y salta la chispa por nada. Somos los dos y entonces cojo la puerta o discuto o no sé que más (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar)

Sí, en casa solo vivimos los tres y mi madre es la que se encarga de todo. Mi padre y mi madre a veces se discuten, no por mí, sino por cosas de la casa, de los vecinos. Yo pienso que es desagradable y me gustaría que las cosas se solucionaran sin tantos gritos (Anémona. 26 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia. Varios reingresos)

Mi hermano convive con nosotros. El ahora se hace las cosas solo, pero no está para convivir en casa. Porque yo tengo tres hijos, uno de 4 otro de 6 y otra de 12 (Acantha. Hermana de Eros. 35 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica atípica. Varios reingresos)

Durante el tiempo que ha durado la elaboración de esta tesis, muchos de ellos han sido derivados a otros dispositivos asistenciales, unidad de subagudos o H1, rehabilitación psicosocial o H3 y de larga estancia psiquiátrica o pabellón de Nuria. Otros han cambiado su propio domicilio por el domicilio familiar, pues no pueden *hacerse cargo de ellos mismos o del alquiler* (Otis y Elma). El caso de Artemisa es diferente porque ella se opone a ser derivada a cualquier tipo de dispositivo, tales como subagudos o alta dependencia psiquiátrica, aunque se ha intentado, con una negativa rotunda por su parte. Actualmente aunque continúa en su domicilio, está supervisada y tutorizada por una Fundación para este tipo de enfermos, ellos se hacen cargo de su dinero y sus necesidades. Otros usuarios (generalmente los más mayores), han sido trasladados a residencias, excepto Vasilis que se trasladó a una residencia

nueva construida para este tipo de usuarios. Añadir que muchas de las entrevistas de los informantes con seguimiento fueron realizadas en la unidad de subagudos y que actualmente no hay ningún paciente ingresado en esta unidad.

Muchos han realizado varios reingresos, independientemente de que algunos de ellos habían pasado por subagudos. En esta situación tenemos a Atenea, Sibyl⁸⁵, Jano⁸⁶, Melia⁸⁷ y Vara⁸⁸. Artemisa también ha realizado numerosos reingresos. Raissa actualmente está de alta (acabó de cumplir su condena). Sophia después de pasar por subagudos fue derivada a larga estancia, donde también se encuentra Cosmos. Paris salió de alta médica y estaba “luchando” por su jubilación. Ajax realizó únicamente un ingreso más y actualmente, ha conocido a una chica de Tarragona con la cual tiene planes de futuro y alterna su vida entre Tarragona y Barcelona.

Esta última información ha sido obtenida a través de un encuentro posterior al que tuve acceso a raíz de un nuevo ensayo clínico. Por indicación del investigador principal, me puse en contacto telefónico con los informantes, incluidos los familiares, para citarlos para una entrevista informativa sobre el nuevo ensayo clínico. Esta llamada telefónica me brindó la oportunidad de volver a verlos y de esta manera poder interesarme por ellos. Añadir, que Ajax y Sibyl no quisieron formar parte de este ensayo. Anémona lo intentó pero no pudo participar. Pues había una condición relacionada con el peso y aunque realizó dieta para poder entrar como participante no perdió el suficiente (pues sólo tenía tres días para perderlo, por el cierre de la fase de selección). Jano no pudo participar debido a un cambio en el último momento de etiqueta diagnóstica, pues era imprescindible estar diagnosticado de cualquier tipo de esquizofrenia. Cronos y Otis, sí participaron en el ensayo clínico.

⁸⁵ Debido al último episodio violento realizado por el informante en el domicilio familiar, su padre narraba durante la entrevista que están buscando un piso de alquiler para que se vaya a vivir, pues según refería *la convivencia se ha hecho intolerable*.

⁸⁶ Después de su derivación a subagudos, reingresó en varias ocasiones en las unidades de agudos H4 y H6 y al final fue trasladado a la unidad de Nuria.

⁸⁷ Estando en subagudos realizó un intento autolítico, que la mantuvo mucho tiempo ingresada en un hospital.

⁸⁸ Después de haber sido dado de alta del programa de subagudos, realizó varios intentos de suicidio y tuvo que volver a ser ingresado en el centro. Debido a su desesperación por la situación que lo acuciaba - era empresario y lo había perdido todo y al parecer pensó como solución a sus problemas *volver a estar ingresado en la clínica* -, los psiquiatras de guardia decidieron atenderlo en uno de los boxes de urgencia. No lo dejaron ingresar en la unidad de H4.

Existen muchos tipos de familias (tabla 5): nuclear, monoparental, familias con distintos grados de cohesión entre sus miembros, etc. Todas ellas diferenciadas por posición social, su capacidad de afrontar los problemas y de tomar las decisiones. Por ello, para tratar la cuestión de la familia, he decidido realizarlo desde una doble vertiente: acercamiento a las relaciones familiares, por un lado, y a los problemas de convivencia con el enfermo mental por otro. Esta doble línea de estudio, no ha sido una tarea fácil porque las dificultades para centrar el tema son grandes y por las posibles perspectivas de estudio, agravándose la situación por la gran cantidad de testimonios recogidos. Estos motivos me hicieron cuestionarme el enfoque y decidí abordarlo, tal y como refiere González Echevarría (2005):

Las relaciones y los sentimientos que se generan e instituyen a partir de los procesos de procreación entre las personas implicadas en ellos, y que se desarrollan a lo largo de la vida (González Echevarría, 2005: 4)

Independientemente de la dificultad de aproximación al tema de la familia, podemos afirmar que nadie duda del papel clave que juegan las familias en el éxito o fracaso durante el proceso de socialización. La familia es una institución fundamental, conforma el principal contexto de desarrollo para los miembros que viven en ella. Es el entorno en el que se desarrollan las pautas de socialización, los valores, los afectos y se capacita al individuo en su desarrollo evolutivo. Es el lugar donde nacen las relaciones de reciprocidad, de libertad, de cariño y ternura, de apoyo mutuo, de refuerzo en situaciones de desamparo; convirtiéndose en el seno por excelencia de residencia, de las redes fundamentales de socialización, integración e interacción social; la base del porvenir y el futuro de sus miembros. Y por último, también puede ser fuente de continuos afrontamientos y abordajes cuando aparece una enfermedad mental, cuestión principal de este apartado.

7.3.1.- CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL: PROBLEMAS EN CASA

La convivencia familiar con el enfermo mental no produce siempre los mismos efectos, la misma gravedad, ni cursa de idéntica forma en todas las familias. Esta enfermedad puede ser para una familia intolerable y más o menos llevadera para otras, dependiendo de los recursos materiales, sociales y de las habilidades de afrontamiento que se posean y sobre todo, de cómo se perciba subjetivamente el hecho de la enfermedad.

Para tratar este apartado partiré del siguiente interrogante: *¿qué le ocurre a una familia cuando entre sus miembros se encuentra un enfermo mental?* En ocasiones, la familia se queda tan “destruida” que “no ve salida”, no pudiendo disfrutar afectiva o emocionalmente de los momentos gratificantes en su vida. Y la vida social de los integrantes va disminuyendo enormemente, se restringen las reuniones con amigos e incluso familiares. La relación con los vecinos se vuelve tensa, hostil, conflictiva: *mis vecinos de vez en cuando se asustan* (Yurena. 25 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide). *Me siento bien en casa. Lo que pasa es que tenemos problemas con los vecinos (...) mi madre pasa por delante de su puerta para subir a casa y empezaron a gritarle... unas historias que no son agradables* (Anémona. 26 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). En algunos casos, la posición social en la propia comunidad desciende y se produce un aislamiento en ambos sentidos: de puertas adentro, se resquebraja el equilibrio personal de sus miembros y el nivel de relaciones entre ellos se deteriora, reduciéndose las relaciones familiares y sociales. De puertas afuera, su casa se verá aislada, relegada, incluso “despreciada”, con una ruptura de su estatus anterior pues cambia de manera negativa la actitud de las personas de su entorno.

Los conflictos familiares aparecen con los progenitores: *los problemas en casa son cuando me enfado con mi madre* (Jacinto. 39 años. Diagnóstico médico: Retraso mental). *Con mi madre saltan muchas chispas. Nuestras conversaciones son: ¿cómo estás? mal ¿Qué te pasa? Nervioso ¿pero hoy estás mejor? No sigo con la crisis. Y contarle todo con pelos y señales* (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno

bipolar). *Los problemas en casa son con mi padre pues me enfado mucho con él* (Vasilis. 39 años. Diagnóstico médico: Retraso mental) Problemas con la pareja (Marmara, Elma) y los hermanos (Raissa, Finn, Atenea):

Y que te estén machacando, ¡pim pam!, y mi madre que es la típica, ¡todo por tu culpa!, ¡toda la culpa la tienes tú! Ya lo veía todo tan negro que me daba lo mismo (...) Si habéis leído mis informes tengo una orden de alejamiento contra mi marido y contra mi madre (Megan. 34 años. Diagnóstico médico: Trastorno de personalidad)

Cuando voy a casa no puedo estar con mi hermano porque tengo una orden de alejamiento. Pero vivo con mis padres (Raissa. 29 años. Diagnóstico médico: Trastorno psicótico)

También podemos encontrar problemas entre los padres o progenitores: *nosotros (madre y padre) nos hemos peleado mucho y cuando discutíamos se iba a casa de una amiga nuestra y no volvía hasta pasados unos días* (Madre de Argos. 19 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). Estos problemas afectan a las relaciones de pareja: *yo y mi marido hubo un tiempo que empezamos unos trámites de separación. Porque la convivencia entre nosotros era mala* (Acantha. 35 años. Hermana de Eros. 31 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica atípica)

En otros casos la convivencia en el domicilio familiar es “buena” porque se “supone” que el enfermo no da problemas: *en casa ella es muy noble, ella acepta lo que le digo. Cooperar en casa, se recoge su ropa, hace su cama. Es decir ayuda en las tareas domésticas* (Madre de Hera. 33 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica).

Cuando se dan situaciones de convivencia negativa son vividas a lo largo de toda la vida, iniciándose en el momento en que la familia nota que sucede *algo extraño* y finaliza cuando descubren que entre sus miembros hay un enfermo mental. Normalmente, estos hechos no son estáticos y las familias los viven así:

Me llamó la atención que me llamaba llorando ¡que lo empezó a regalar todo!... Y se fue una vez conmigo de viaje y daba propinas (daba más dinero de propinas de lo que había costado). Era ayudar, ayudar con todo, y decía esta gente no tiene dinero y le daba dinero (...) Una vez estaba cenando con unos amigos y entró un hombre pidiendo y le dio 20 euros, y yo le dije: invítale a comer pero no le des dinero. Sí, hacía cosas así, y llamaba un poco la atención. Y después conmigo, cambiaba la realidad, me echaba en cara cosas que no eran reales, y yo pensaba que eran cosas de él. Él cambiaba su historia, pero bueno, entonces se enfadaba muchísimo conmigo, pero yo me enfadaba con él y entonces él, se iba a su casa. Volvía a los dos días y me pedía perdón. Y me llamó otro día llorando y yo estaba

de vacaciones en Sevilla: “mamá he soñado que me moría y que te pedía socorro. Yo, lo que pensaba era que se iba a matar era la impresión que me daba y que se podía suicidar. Ese era nuestro miedo (Madre Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Estas situaciones generan problemas en casa:

Madre: He aprovechado que estaba fuera, para lavarle toda su ropa. Y que el primer día, que llegó después del alta tiró lo menos 10 o 15 bragas al suelo.

Padre: Estaba todo limpio y bien puesto.

Madre: No sé... Pero eso es siempre, es su manera. Y es la rabia, que muchas veces discuto con ella. Y le digo Maggie, ¡no tires la ropa limpia al suelo! (Padres y Maggie. 19 años. Diagnóstico médico: Trastorno somatomorfo)

Como acabamos de ver, las familias se encuentran con una serie de problemas y conflictos que afectan a todos los integrantes de la unidad doméstica y que se generan por la convivencia con el enfermo mental, independientemente de su etiqueta diagnóstica. Sus consecuencias son apreciables y tangibles desde fuera y provocan un impacto subjetivo en las familias.

7.3.2.- REPERCUSIONES EN CASA

Tal y como han referido los informantes en los anteriores testimonios, existe una amplia gama de conflictos en el núcleo familiar: de convivencia, costumbres y hábitos individuales, económicos, con las tareas del hogar, de seguridad, de violencia, etc. Uno de los problemas más representativos y generalizados que se presentan en el domicilio familiar o propio y que explican los familiares y los individuos “enfermos”, es el **aislamiento social** derivado de los denominados “síntomas negativos de la esquizofrenia”⁸⁹:

Él dice que tiene esta parte negativa que tiene la esquizofrenia ¿Cómo se llaman? ¡Ah, sí! ¡Los síntomas negativos de la esquizofrenia! La abulia⁹⁰, la apatía⁹¹ y todo esto. Y primero da la sensación que es cosa de él, que no puede ser. Y yo le decía vamos a frenarnos la una a la otra – esto a mi hija- , porque yo pienso que es normal, que no quiera hacer nada. Porque no le da la gana y tenemos que obligarlo y tú cuando me veas que me paso mucho, me frenas. Y yo la veo a ella que le dice ¿A ver, Ajax, por qué tú no limpias la ducha si yo lo hago? ¿Qué te pasa

⁸⁹ Se explicaran más profundamente en el capítulo de sintomatología.

⁹⁰ Falta de voluntad, o disminución notable de su energía.

⁹¹ Desidia, desgana, indiferencia y falta de fuerza. Se caracteriza por la impasibilidad de ánimo, un estado de indiferencia frente a las personas, el medio o los acontecimientos.

a ti? ¿Qué te pasa a ti?... Y yo le digo, vamos a tener paciencia. Y mi hija me dice: Esto mamá, le pasa como a mí, yo tampoco tengo ganas de levantarme a las 7, yo también me levantaría a la una. Entonces: ¿por qué tenga la enfermedad, vamos a dejarlo? (Maia madre de Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Otros pacientes explicaban que se pasan el día en la cama:

¡Estoy mejor en la cama todo el día! Me levanto por las mañanas, me acuesto, me levanto para comer... anteriormente iba con un grupo, me iba a cortar el pelo, iba a por tabaco, me compraba ropa y me movía. Pero últimamente no quería salir, porque no me apetecía salir (...) Y mis padres me dicen y no es lógico ¡sal de la cama y vete a caminar!, ¡vete por ahí de paseo! (Cronos. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

¡Uh, durante el día duermo! ¡Estoy todo el día en la cama! (...) Antes iba al gimnasio pero sola me aburro (...) Salgo algunas veces con las amigas, vamos a dar una vuelta, vamos a tomar algo, o acompaño a mi amiga llevar a su hermano al cole o a la piscina. Pero no salgo todos los días, un par de veces a la semana, sí. Y el resto en casa sola. También me pongo en el ordenador, en el facebook, con las amigas (...) O a lo mejor lo quito y me estoy en el sofá, así sentada, sin hacer nada (Sirena. 28 años. Diagnóstico médico: Trastorno límite de personalidad).

Estar todo el día en casa puede ser un problema para la familia *él tiene mucho miedo cuando está en la calle, piensa que todo el mundo le va a hacer daño, es su temor y por eso se queda en casa. No se le puede dejar solo y cuando lo tengo, no me puedo ir a ningún sitio* (Acantha. Hermana de Eros. 31 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica atípica).

En contraposición encontramos informantes que tienen todo el día ocupado:

En el Club Badiu, los lunes hago el club de lectura y la gimnasia expresión corporal, los martes hago gimnasio y por la tarde la coral y la reunión del club badiu. Los miércoles, trabajamos el barro y doy clases de inglés a JL y a partir de ahora los miércoles por la tarde debo de ir a una actividad que es trabajar la artística mediante la lectura y la escritura. Los Jueves ¿qué tengo lo jueves? Tengo la piscina y subo corriendo a un taller de ejercicios de relajación y de habilidades sociales. Los viernes el gimnasio y el primer viernes de cada mes paso un artículo sobre literatura al bloc de la asociación de la revista. Hago muchas cosas. Tengo el día lleno de actividades (Anémona. 26 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia. Varios reingresos)

Anémona es un caso “singular” pues para la mayoría de los informantes, el aislamiento, la apatía y la abulia son problemas que existen en el día a día de la dinámica familiar. O por el contrario, encontramos individuos con acatisia “*que no pueden estarse quietos*”: Eros, *empieza para arriba, para abajo, ahora abro, ahora cierro, los cafés, las coca colas, muy nervioso. Te pone de los nervios, se pasa todo el*

día en casa, se levanta por la noche, se baja para abajo. O sea es horrible (Acantha hermana de Eros. 31 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica atípica)

Otra fuente de conflicto es la **alteración de las rutinas domésticas y los problemas con las AVD** (Actividades de la Vida Diaria): déficit de higiene en el baño y aseo, para acicalarse y vestirse:

Su habitación está llena de post-it, de diarios. Tiene manías. Cuando lo ingresaron tiré todos los diarios que tenía almacenados. Es que está muy bloqueado. Para ducharse puede tardar tranquilamente 3 horas. No habla nada, es muy reservado (Madre de Argos. 19 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Problemas con la alimentación: *esta mañana sin ir más lejos... se ha hecho espagueti para almorzar* (Madre de Maggie). Con los horarios y dinámicas de las comidas: *aunque estén mis padres, normalmente no comemos juntos (...)* *A veces comemos juntos, pero yo suelo ir más a la mía, porque entra uno y sale el otro* (Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide).

Con las festividades:

El problema está en que no quiere comer con nosotros en la mesa. Lleva ya mucho tiempo. El único día que come -bueno que comía-, con nosotros era para fin de año o Navidad. Este año, no quiso tomarse ni las uvas con nosotros (Padre. Maggie). Ni el día de Navidad, ella no quiso tampoco y comimos solos (Madre de Maggie) En la distribución de las tareas del hogar: he entrado en la cocina ¡y no veas! (...) Nunca jamás ha fregado un vidrio, una cocina, ni nada, nunca ha fregado nada (...) Sí yo le digo Maggie, fresgate los platos, me dice ¡que los fregue yo! O sea que... No hace nada en todo el día (Madre de Maggie. 19 años. Diagnóstico médico: Trastorno somatomorfo)

Problemas con el espacio y con menores:

Mi hijo de 4 años dormía conmigo en la cama, porque yo le cedía la habitación a Eros (...) Mi niña mediana me dice: ¿mamá no vendrá más el tío Eros, verdad? porque me pone amargada. Esa es otra, porque la de 12 años no le aguanta. Discuten por todo: la silla, el sofá, ¡se pelean por tonterías, pero todo el día! Y yo le digo ¡es que está enfermo! Pero, ella me dice: “mama es que me saca de quicio, no lo aguanto”. Y me dice, pues yo me voy a ir de casa y ¡tenemos unas peleas! Me dicen: ¡pues es tu hermano y te lo quedas tú! Y “como el Eros venga a vivir otra vez, ella se va” Imagínate, una niña de 6 años diciéndote esto (Acantha hermana de Eros. 31 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica atípica)

Como se puede apreciar, las rutinas domésticas existentes en cada una de las familias, así como en ocasiones los roles dentro del núcleo familiar se alteran por las conductas y comportamientos de los individuos.

Con la aparición de la enfermedad puede presentarse en el núcleo familiar un **deterioro de la economía doméstica** pudiendo influir en este hecho diversos factores: un no control del dinero por parte del enfermo: *a lo primero a mí me daba un tanto por mantenerle y yo se lo dejaba a él, y resultó que en dos días se gastó 150 euros en cafés y la asistenta me dijo no, que le tenía que dar cada día 2 euros* (Acantha hermana de Eros. 31 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica atípica). *Simplemente no quería salir, porque mis padres me decían que me gastaba la pensión! porque invitaba a la gente con mi dinero* (Cronos. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia).

En el caso de que caiga enfermo el miembro que sustenta a la familia, la economía doméstica se resentirá. El individuo enfermo debe dejar de trabajar y, en la mayoría de los casos, un familiar debe dedicarse a su cuidado. También la enfermedad ocasiona más gastos, como por ejemplo: tener que comprar medicamentos, reparaciones porque realizan destrozos durante los episodios de agresividad, bien sea en el hogar o en propiedades ajenas o ropa (a veces los enfermos mentales destrozan su ropa). Todo ello influye en la económica doméstica y en el poder adquisitivo familiar. Otro incremento de dinero puede presentarse por acudir a la asistencia privada. No hay que olvidar los gastos generados por los individuos que consumen drogas, alcohol o los problemas con la ludopatía. Todos ellos generan conflictos intrafamiliares, incluso pudiendo llegar a la violencia física. Otro aspecto importante son los bienes patrimoniales de los que disponga al inicio de la enfermedad la persona afectada, pues muchas veces son fuentes de conflicto entre los familiares.

En el núcleo doméstico también puede verse alterada la **seguridad** con la consecuente **aparición de peligros**:

El calentador lo he tenido que cambiar porque a lo mejor lo encendía para ducharse y dejaba abierto el gas, y claro ¡aquello es un peligro! Los mecheros, me los deja por toda la casa tirados ¡Cualquier día voy a tener un incendio en la casa y tengo dos niños de 4 y 6 años! Deja todo en las sillas al lado de la terraza, ventanas abiertas. La otra vez, se puso en la terraza y el niño fue detrás... el de 4 años. Y ¡gracias a Dios que me dio por salir, y el niño ya estaba allí! (...) Encuentras la pastilla encima del sofá... ¡En casa no puede convivir! (...) Vale ¿Sabes lo que te quiero decir? Es que puede pasar algo con mis hijos, no de cara a que les pueda hacer daño, no. Si no de las cosas que él haga (Hermana de 35 años de Eros)

La llave siempre escondida en mi bolsillo porque no me fío, porque abajo tenemos bebida, que él no puede beber. A mí me gusta beber cerveza, pero a veces me la tengo que tomar caliente (...) Yo tengo herramientas, era mecánico, pero ya no trabajo y bueno pues había herramientas peligrosas. Mi mujer con los cuchillos. Yo le digo, cuando tiene que hacer cosas de cocina, de comida o lo que sea, que los utilice y los vuelva a guardar, porque no me fío (Padre de Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

El tabaco es otra fuente muy importante de peligro y de conflicto: *salimos y es café y tabaco ¡Son cinco minutos y después que se te tuerza todo! En casa está desenfrenada* (Padre participante sesión H3)

En mi casa no se fuma. Ella tenía 15 cigarros dentro del cajón del escritorio. Sí... 15 colillas. Y un día se pegará fuego todo (...) Cuando ya se los ha fumado, los apaga en el grifo, para que nos lo veamos y los mete en el cajón (...) Mira que es más fácil coger una bolsa, atarla y tirarla a la basura (...) Por eso no podemos salir ni nada, porque es que un día nos encontraremos que se pegará fuego (...) No quiero que se fume dentro de casa ¡Y ya está! No le permito a nadie y ya está. No me molesta, pero son normas. Más que nada porque nosotros no fumamos. Y coge el olor toda la casa (Padre y madre de Maggie. 19 años. Diagnóstico médico: Trastorno somatomorfo)

También encontramos **situaciones de violencia**: *es que además es agresiva ¡que le puso a la madre un cuchillo en el cuello!* (Padre participante sesión de unidad de H3) y **desconfianza del individuo enfermo**:

Si mis padres colaboraran podríamos estar felices. Pero ellos no colaboran, me obligan a tomar la medicación, me obligan a venir aquí. Ahora me están acompañando, no sé por qué motivo, me están viniendo todos los días a visitar, se están preocupando por la ropa. ¡Pero me están metiendo cizaña!, diciéndome ¡que donde está mi carné de identidad!, que donde está metido... y ¡han vuelto otra vez las peleas! (Cronos. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

La última vez que me habló y que vino a mi casa me trajo una señora para que me planchara la ropa, yo noté como ella me habló. Me habló y miró con una rabia (...) No sé, porque motivo no es capaz incluso de sincerarse conmigo y “decirme tengo esto y por esto tengo rabia” (...) Ahora le dije: “tengo unos dineros que tengo guardados y le di una parte que tengo y la otra parte la guardé”... ¡por eso estoy aquí con miedo! Porque tiene el duplicado de la llave, yo no confié en nada ¿me entiendes lo que te quiero decir? Yo tengo un dinero en mi casa guardado y a mí me da miedo esto (Yurena. 25 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

Otro problema que se encuentran la mayoría de las familias tengan o no un hijo enfermo, sobre todo, cuando los individuos son jóvenes es **la no aceptación de normas**: *otra cosa que tiene ella, es que no acepta normas. Pero eso no es de dos meses, no, eso es de nunca. Todos tenemos normas, pero ella no quiere tener normas.*

Ninguna, basta que le digas una norma para que ella haga lo contrario (Madre de Maggie. 19 años. Diagnóstico médico: Trastorno somatomorfo). Ya intentamos pactar algo de esto, pero lo que pasa, es que dice que sí a todo y cuando está en casa, todo son problemas. Yo veo que el problema es el domicilio, una vez en casa ¡no nos hace el mismo caso! (Padre participante sesión H3)

El **incumplimiento del tratamiento** es una fuente importante de conflicto, al tener que obligar la familia a tomar los fármacos prescritos⁹².

Thelma (enfermera del proceso de rehabilitación psicosocial) ofreció una sesión sobre los síntomas negativos de la enfermedad a las familias y en dicha sesión aparecieron los mismos problemas que acabo de exponer anteriormente. Lo que confirma que los problemas citados son extrapolables a cualquier individuo con enfermedad mental, independientemente de la unidad de ingreso.

En resumen, los problemas derivados de la convivencia familiar son: el aislamiento social, tanto del enfermo como de la familia. Pues la familia desconfía de dejarlos solos, porque temen que sus familiares puedan tener algún accidente o incluso que los provoquen ellos. Todos estos problemas, se agravan si en el seno familiar, se encuentran niños menores. Pues éstos, están más expuestos a sufrir accidentes domésticos. Entre estos accidentes podemos citar: incendios bien por el gas, mecheros o colillas que dejan en cualquier lugar. Accidentes por dejarse las ventanas y balcones abiertos. El alcohol, pues deben esconder y cerrar armarios con llave, para prevenir que sus hijos puedan consumirlo. La medicación y la alimentación es otro problema importante dentro de la convivencia, el espacio insuficiente en la unidad familiar y la aparición de acatisia o *no poder estarse quieto*.

La desorganización del hogar y la alteración de la rutina doméstica, debido a la poca participación de los individuos “enfermos” en las tareas de casa y la no aceptación de las “normas” impuestas por los progenitores, son también, fuentes importantes de conflictos. Normalmente, en todas las familias suele existir una división de las tareas del hogar y al dejar de realizar las suyas el sujeto afectado, éstas suponen un aumento del trabajo para uno o el resto de los miembros de la unidad doméstica. Por lo general,

⁹² Esta cuestión será tratada en profundidad en el capítulo de 13.

si los demás miembros no se adaptan a esta situación y hay que improvisar soluciones. Si, por el contrario, todas las labores las asume la misma persona, generalmente una mujer (madre, esposa, hermana, hija) ésta puede desanimarse, deprimirse y entonces, producirse un impacto negativo en el hogar que afecte a toda la familia. Las mujeres constituyen los principales agentes que asumen el cuidado y la asistencia a sus miembros, tal y como, como refieren Vila, Núñez y García (2008):

En este país, donde el Estado del Bienestar no ha llegado a desarrollarse completamente y donde la reciente Ley de la Autonomía Personal y la Dependencia está implementándose con dificultades, sigue siendo en las mujeres del entorno familiar en las que continúan recayendo gran parte de las responsabilidades de cuidado de sus parientes. La distribución de los roles del cuidador no queda, por lo tanto, exenta de la influencia de la estructura social más amplia. Es decir, el rol de los cuidadores proyecta, hasta cierto punto, la división del trabajo imperante que está, a su vez, fuertemente influida por una distribución de roles según sexo y edad casi-universal. Esta distribución, naturalmente, se expone a variaciones culturales que resultan sumamente relevantes para la reflexión antropológica. (Vila, Núñez y García, 2008: 16)

Algunas familias pueden superar esta *sobrecarga* mientras que otras se resienten por las molestias que suponen estos inconvenientes explicados. La tolerancia de los familiares no siempre es la misma y surgen desencuentros o desavenencias internas. En muchas ocasiones, el clima familiar se vuelve insoportable, hostil y tenso lo que a su vez influye en el enfermo. Con la aparición de la enfermedad, también puede presentarse un deterioro en la económica doméstica, lo que supondrá ocasiona más gastos: medicamentos, ropa, reparaciones en el hogar o en propiedades ajenas o acudir a la asistencia privada. Tampoco no hay que olvidar los gastos generados por los individuos que consumen drogas, alcohol o los problemas con la ludopatía. Todos ellos generan conflictos intrafamiliares, incluso pudiendo llegar a la violencia física. Otro aspecto importante de conflicto entre los familiares son los bienes patrimoniales de los que disponga al inicio de la enfermedad la persona afectada.

Pero **¿cómo afronta la familia la enfermedad mental?** Los síntomas de la enfermedad suelen provocar en las familias reacciones emocionales inmediatas como: la tristeza, vergüenza, sentimientos de culpa, pérdida, miedo al futuro, etc. La familia percibe claramente que lo que le ocurre le rebasa, le sobrepasa y los recursos de respuesta que conocía y utilizaba hasta ese momento no son suficientes y, sienten que se pone

en peligro su bienestar. Lo que conlleva **situaciones de desesperanza, hundimiento, baja satisfacción y baja autoestima** en los diferentes miembros y hasta **conductas extrañas** en otros miembros de la familia. En ocasiones, aparecen **problemas laborales para el cuidador** o la situación requiere que un familiar deje de trabajar para hacerse cargo del cuidado:

Otra cosa no puede saber es donde trabajo. Porque si no, se me planta allí. Y yo le tengo que mentir. Yo hago porterías y si le digo dónde es ¡se me presenta allí! Sí, si a mí se me presentaba cuatro o cinco veces. Y tuvimos que mentirle y decir que estoy trabajando en una empresa de construcción ¡Y esto no está bien! Aunque ahora ya me hace caso y le digo mira, no me llames que me echan bronca (Hermana de Eros. 31 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica atípica)

He dejado de trabajar, porque se me acabó el contrato y entonces no busqué nada para poder cuidarlo. Ahora estoy haciendo un máster de coaching, a ver si me ayuda a mí y puedo ayudar a otros (...) Estoy contenta de haberlo cuidado pues, han sido dos años (Maia. Madre de Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia),

Me retiré a los 60 porque a mí este problema me cargó mucho. Y estaba en el trabajo continuamente con el móvil en la mano, por que esperaba que su hermana, me dijera, mira ha pasado esto, me ha intentado pegar, mira lo otro ¡Eso a mí me tenía que no veas! Y es un trabajo que hay que estar muy por el trabajo y entonces tomé la decisión y pedí la cuenta para dedicarme a mi hijo. Es duro plegar de la fábrica ¡es que me costó mucho! Estaba muy conectado a la fábrica y prácticamente la vida la tenía allí... y al plegar casi perdí 1000 euros porque me fui con el 60 %, (...) ¡era toda una vida y allí tenía mis cosas! Prefiero no acordarme ¡porque eso, fue un palo! *Se pone a llorar* (Padre de Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

Otras consecuencias son la dificultad de comunicación con el enfermo y el agotamiento. Todos ellos potencian un aumento del nivel de estrés de todos los individuos que integran esa familia; tanto en los enfermos como en los sanos. Cuando una persona se encuentra afligida pueden producirse efectos similares en quienes le rodea. Este efecto en el lenguaje clínico recibe el nombre de irradiación afectiva (véase Gradillas, 1998: 19-27) y es *contagioso*. En algunos enfermos el desánimo o el agotamiento es casi continuo, prácticamente durante todo el día. El familiar “lo sufre” a todas horas, varios días a la semana, durante meses... Estos comportamientos desencadenan sentimientos depresivos en los cuidadores familiares:

Pero yo no puedo estar así, yo tengo tres niños, yo estoy sufriendo desde que tengo 14 años. Primero por mi madre, ¡hasta que se tiró por la ventana! ¡Y ahora por él! A

mí me tienes cada vez más agobiada ¿me entiendes? me pone muy nerviosa. En los informes que tengo de la asistenta lo pone, pelagra mi salud mental también (...) ¡Los niños es que hasta están mal! (Acantha hermana de Eros. 31 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica atípica)

Existen ciertos comportamientos del enfermo mental que en ocasiones, la familia los atribuyen a una mala voluntad del enfermo, a una mala intención, o incluso a la *mala uva*. Piensan que es una manera que utiliza el enfermo para medirse o provocar a los demás:

Esto lo hace por fastidiar (...) Lo primero, es no alborotar y si pudiera darle dos guantazos se los daba. Los demás, ¿y por qué haces esto?, ¿por qué nos machacas? A ver, para nosotros es machacarnos, hemos pasado una temporada fatal. Yo me he tirado noches enteras sin dormir, durmiendo con ella en la cama, o durmiendo en la cama del niño, que está más cerca que la mía, para escuchar lo que hacía de noche (...) porque sola no puede estar (Madre Sirena. 28 años. Diagnóstico médico: Trastorno límite de personalidad)

Estas mismas situaciones en otros momentos no se atribuyen a la mala intención, sino que se ven como consecuencia de su enfermedad. Con estas frases me refiero a las manías, estereotipias (repetición continua de los mismos gestos, de los mismos tics, de las mismas palabras o ecolalia), que a la familia le crean, **ansiedad, inquietud y hasta irritabilidad**.

En otras ocasiones, los familiares lo aceptan con resignación o desgana: y utilizan frases como *¡qué le vamos a hacer!*, *¡esto nos ha tocado!* Otras reacciones emocionales que pueden aparecer en la familia son: la vergüenza, la irritabilidad, la inactividad, la excitación o incluso miedo, piensan qué pasara con su familiar enfermo cuando ellos ya no estén aquí: *tengo miedo a que yo me vaya de este mundo ¡y la deje a ella así!* (Caso de los progenitores). O frases de los propios enfermos: *mi madre tiene miedo a que vuelva a recaer, a que no soporte estar cuatro horas o un día metido en casa, pero como yo estoy acostumbrado ¡ya no pasa nada!*, *¡porque la vida es así! Porque si no es así, estoy en la calle dando vueltas*.

Por último, otro factor importante a tener en cuenta son los **sentimientos de culpa** por haber llevado al “enfermo” al hospital y por haber contribuido, en alguna medida, a su enfermedad. Estos pensamientos aparecen en la familia, sobre todo en el cuidador principal. Estos sentimientos se intensifican muchas veces cuando se señala la

necesidad de tratamiento de algún otro miembro. Esto puede inducir a ese miembro a un *“acting out”* que perjudique el tratamiento del paciente primario. Pues cuando sucede una desgracia, las personas solemos buscar las causas y a los *“culpables”*. La familia se pregunta muchas veces *¿por qué me pasa esto a mí? ¿qué he hecho yo para merecer esto?* Adjudicándose, en muchas ocasiones, parte de culpa. Las creencias religiosas y la cosmovisión sobre la concepción del mundo pueden conformar parte de esta culpabilidad. Este sufrimiento que se produce en el cuidador principal da lugar a respuestas que pueden proporcionar cierto consuelo. Así, puede intentar cambiar los factores que han podido contribuir a la aparición de la enfermedad: mostrándose más cariñoso, más tolerante, intentando reestructurar las relaciones intrafamiliares, aumentado su dedicación y sacrificio: *durante el coma, oía la canción de Elvis Presley “too much”, que me ponía mi madre en el hospital de Can Ruti* (Raissa. 29 años. Diagnóstico médico Trastorno psicótico).

Esas relaciones pueden resultar beneficiosas para el enfermo y la familia, aunque no siempre es así. Puesto que en ocasiones el familiar enfermo aprovecha estas *concesiones* en su propio beneficio. Sobre todo los individuos que no aceptan normas o que presentan conductas antisociales. Estos sentimientos de culpa que llevan al cuidador a prestar mayor atención al enfermo pueden implicar, en algunas ocasiones, un abandono en la persona responsable del cuidado. Estos, pueden olvidarse de su *“persona”*, de sus entretenimientos, etc. Pudiendo llegar a convertirse en otra persona enferma: *ella también es depresiva, pero es normal por toda la carga emocional que tiene encima. Mi madre tiene miedo a que vuelva a recaer* (Otis. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Yo también estoy tomando tratamiento para la depresión y también por la mañana me cuesta levantarme. Sí estoy tomando medicación por ella. Porque llegó un momento que me volvía loca ¡sólo hacia llorar y llorar! Y tuve que ir al psiquiatra para que me mandara tratamiento (Madre de Maggie. 19 años. Diagnóstico médico: Trastorno somatomorfo).

Los familiares han expresado deseos de: curación y de que el enfermo lleve una vida normal: *lo que queremos es que se ponga bien, ¡que vuelva a jugar al fútbol!, ¡que vuelva al gimnasio! Le digo que venga al cine conmigo* (Hermano de Argos. 19 años.

Diagnóstico médico: Esquizofrenia). También evidencian las necesidades de un dispositivo asistencial de media o larga estancia y la de un control y seguimiento de la medicación:

Eros lo que necesita es estar en una residencia con personas como él. Cuando está con gente como él, te dice: nosotros salimos, nos tomamos nuestros cafés, nuestras coca-colas y son felices. Él es feliz así y cuando está bien sí lo reconoce y dice: *que no quiere ser una carga para vosotros y ni amargarnos como mi madre*. La solución para mí sería que fuera a una residencia que pudiera salir y entrar, que pudiera hacer sus excursiones... Un sitio que él se encuentre bien y que la medicación esté controlada (Acantha hermana de Eros. 31 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica atípica)

La carga objetiva y subjetiva (Gradillas, 1998: 33-35) que trae consigo el cuidado del individuo con trastorno mental produce en los familiares reacciones de afrontamiento muy diversas, pudiendo encontrar: reacciones negativas, como: negación, tolerancia, proteccionismo, abandono, sumisión, contemporización (donde el familiar apoya el comportamiento patológico inaceptable del enfermo) alejamiento (eluden problemas y se distancian) o distorsionan la realidad. Y positivas, como: aceptación y apoyo, coherencia familiar, refugiándose en otros miembros de la familia para sentirse bien, lo que les brinda estabilidad, porque *la vida cambia, no sé cómo explicarte... cambia* (Maia madre de Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

En otros momentos las personas cuidadoras no terminan de asumir el problema y pueden aparecer los lamentos que impiden tener en cuenta el momento vital del enfermo, como la adolescencia, la entrada en el mundo adulto o en el laboral, el envejecimiento, etc. Pues estas etapas nos afectan a todos sanos y enfermos. En esos momentos aparecen conflictos, desorientación y desánimo: *¿para qué luchar si esto no tiene remedio?* También puede aparecer una desconfianza hacia: profesionales, medicinas, en las estrategias de rehabilitación, en las instituciones y en todo tipo de ayuda ofertada. Para poder prevenir estas reacciones emocionales y aumentar las habilidades de afrontamiento de los cuidadores, es importante, por parte de los profesionales *implicar a la familia en el propio proceso de enfermedad*, haciéndolos sentir partícipes y proporcionando una buena información detallada de todo “lo que conlleva” la enfermedad: diagnóstico médico, tratamiento, estrategias, abordaje de problemas:

La propuesta, hecha con miras a lograr el bienestar del paciente, de realizar reuniones conjuntas con su participación, la de sus familiares y del terapeuta, no suele provocar resistencia. Hemos encontrado a muchos familiares de pacientes psiquiátricos que, frente a la posibilidad ilusoria de actuar como coterapeuta (situación que es necesario manejar después)... muestran un gran entusiasmo. Además de su inclusión en el tratamiento activo del paciente permite que los familiares aprecien la importancia que tienen realmente dentro de la vida y proyectos de aquél. Este sentimiento de inclusión refuerza las motivaciones positivas y constructivas de los miembros de la familia y contrasta con la intensificación de culpa que surge muchas veces como consecuencia de la práctica tradicional de obstaculizar la participación de los miembros de la familia en el curso del programa de tratamiento (Gralnick, 1974: 154)

El sufrimiento y las emociones son los sentimientos más patentes en las narrativas de los informantes. Pues ellos expresan sus emociones mediante el llanto, la risa, el cariño, la agresividad y la violencia. Su vida y su enfermedad están llenas de: dolor, sufrimiento, temor, miedo, angustia y soledad. Para profundizar en la comprensión de sus emociones y de su padecimiento subjetivo tenía previsto profundizar desde la antropología de las emociones, pero por la extensión de la tesis he debido suprimirlo⁹³.

⁹³ Relacionado con este ámbito de estudio véase al respecto: Abu-Lughog (1987), Buffon (1804), Denzin (1984), Durkheim (1968), Goffman (1974), Goleman (1995), Le Bretón (1999), Le Bretón (1999a), Le Bretón (2004), Le Brun (1980), Lutz, White (1986), Merleau-Ponty (1999), Ortony y Turner (1990), Piaget, (1989), Ramírez (2001), Rosaldo (1980), Rosenberg, (1990), Schieffelin (1983), Shore (1996), Starobinski, (1980), Surrallès (2009), Turner (1980), Williams, (2001)

LA FALSA TORTUGA: archivos de una realidad

No habían andado mucho cuando vieron a la Falsa Tortuga a lo lejos, sentada triste y solitaria sobre una roca, y, al acercarse, Alicia pudo oír que suspiraba como si se le partiera el corazón. Le dio mucha pena.

--¿Qué desgracia le ha ocurrido? --preguntó al Grifo.

Y el Grifo contestó, casi con las mismas palabras de antes:

--Todo son fantasías tuyas. No le ha ocurrido ninguna desgracia, sabes. ¡Vamos! Así pues, llegaron junto a la Falsa Tortuga, que los miró con sus grandes ojos llenos de lágrimas, pero no dijo nada.

--Aquí esta señorita -explicó el Grifo-- quiere conocer tu historia.

--Voy a contársela --dijo la Falsa Tortuga en voz grave y quejumbrosa--. Sentaos los dos, y no digáis ni una sola palabra hasta que yo haya terminado.

Se sentaron pues, y durante unos minutos nadie habló. Alicia se dijo para sus adentros: «No entiendo cómo va a poder terminar su historia, si no se decide a empezarla». Pero esperó pacientemente.

Lewis Carroll

8.- A TRAVÉS DE LA PUERTA: el país de las maravillas

*Enfermedad, enfermedad y no hay otra ¡no hay otra!
Estés en una residencia o no,
de cara al futuro estaré con la enfermedad...
Yo llevo la enfermedad en la mochila,
Cuando salgo a pasear llevo la enfermedad,
Cuando me acuesto llevo la enfermedad,
Cuando me levanto llevo la enfermedad,
Cuando me tomo la medicación llevo la enfermedad,
Cuando me voy al cine llevo la enfermedad
Y ¡siempre la llevo yo!*

Jano

Al oír hablar de *manicomios, locos, esquizofrénicos, psicópatas, contenciones* hace que experimentemos un escalofrío, pánico, rabia, indefensión, etc. En una palabra miedo, por ello intentamos olvidarnos de este otro *mundo existente*, cerrando los ojos a una realidad que en nuestro ser más íntimo esperamos que nunca aparezca en nuestro horizonte. Pero ¿y si aparece?

Un psiquiátrico es una casa de torturas. Te tratan como a un escombros. Cuando ingreso, siempre hay un momento en que necesito pasearme desnuda por los pasillos... ¿Y sabe cuál es la reacción de los médicos? Reducirme, atarme, inmovilizarme, sedarme y aislarme. ¡Nos quieren tranquilos y babeantes! Para ellos, todo es mero mecanicismo bioquímico, desdeñan las emociones (Princesa Inca)⁹⁴

Tomar la decisión de acudir a un centro psiquiátrico no es fácil. Por lo general, los usuarios pueden acudir al servicio de urgencias derivados de diferentes dispositivos: centro de salud mental, hospital general, unidad de subagudos, domicilio, residencias, pisos compartidos o tutelados y de la calle. Esta puerta de entrada a la *otra realidad* se abre en el servicio de urgencias del hospital psiquiátrico. Este servicio en Torribera está compuesto por una recepción con personal administrativo, dos despachos donde visitan los médicos de guardia: un psiquiatra adjunto y un estudiante residente o MIR. Un control de enfermería donde se encuentran las cámaras de vigilancia y un anexo

⁹⁴ Leer más: <http://www.lavanguardia.com/lacontra/20110324/54132285624/un-centro-psiquiatrico-es-una-casa-de-torturas.html#ixzz2iLYF6YdF>

que dispone de dos camas denominadas boxes. El personal de enfermería recibe a los posibles pacientes.

En general, cuando una persona “se encuentra mal de salud” acude por voluntad propia a su ambulatorio de zona o a urgencias de un hospital general. En un centro psiquiátrico, dependiendo de si el enfermo tiene conciencia o no de enfermedad, el paciente puede acudir de diferentes maneras: espontánea y voluntariamente porque cree que necesita ayuda, puede ser remitido por otro médico que solicita una opinión sobre la posible naturaleza psicológica de sus síntomas o puede ser *acompañado o llevado* de una forma más o menos forzada (bien por sus propios familiares, amigos o la fuerza pública).

Todos estos factores deben de considerarse, ya que tienen importantes implicaciones durante el desarrollo de la visita y la entrevista, así como a la hora de realizar el ingreso si éste fuera necesario: *porque me mandó un médico de cabecera, que me dijo: ves al psiquiatra Paris, ¡ah, sí, porque tenía fobias a los espacios abiertos y no quería pasear!* (Paris. 61 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo mayor. Dos reingresos)

Cuando la persona llega al servicio de urgencias, en el mostrador de admisiones se le realiza una recogida de datos personales: nombre, apellidos, fecha de nacimiento, dirección, número de la tarjeta sanitaria, etc. Una vez obtenidos los datos, el personal de enfermería realiza una primera valoración del estado de la persona e informa al psiquiatra de guardia. Este procede a realizar la entrevista psiquiátrica que debe garantizar la confidencialidad y preservar el derecho del “posible paciente”.

La duración de una entrevista dependerá de la complejidad del paciente, del cuadro que presente el usuario o del tipo de tratamiento escogido. Las internaciones psiquiátricas se deciden en el marco del paradigma de la peligrosidad, criterio médico y legal que se basa en un análisis del *riesgo para sí y para terceros*. Según Foucault (2005), el discurso psiquiátrico se ha constituido históricamente como un dispositivo de poder disciplinario y como práctica productora de un discurso de verdad. Por su parte, el discurso psicoanalítico se inscribe en la tradición de la medicina moderna en continuidad con el discurso psiquiátrico (Foucault, 2003).

Las interacciones con los pacientes están condicionadas al vínculo terapéutico con los profesionales y más tarde a una alianza terapéutica. Las decisiones en la *guardia médica* requieren, por lo general, de respuestas rápidas por parte de los psiquiatras que afectan a asuntos importantes en la vida de las personas. Y es en este contexto donde las impresiones adquieren relevancia:

El componente expresivo de la vida social como una fuente de impresiones dadas a otros, o recibidas por otros. La impresión fue considerada, a su vez, como una fuente de información acerca de los hechos no manifiestos y como un medio a través del cual los receptores pueden orientar sus respuestas al informante sin tener que esperar que se haga sentir todas las consecuencias de las acciones de éste último. Por lo tanto la expresión fue considerada en función del papel comunicativo que desempeña durante la interacción social (Goffman, 1971: 265)

No obstante, el análisis de datos etnográficos, en general, muestra la variabilidad de las interpretaciones del riesgo entre profesionales en los procesos de decisión. Ante una urgencia psiquiátrica, en primer lugar hay que hacer un triage⁹⁵ (entre los usuarios que están en la sala de espera), para decidir si existe una circunstancia que pueda ser nociva, dañina o mortal para el paciente o que pueda desencadenar una situación de violencia, descartando conductas de agitación y amenaza, conductas autodestructivas y problemas médicos graves que puedan precipitar una atención inmediata. Durante la entrevista, los psiquiatras -si consideran oportuno el ingreso y “para curarse en salud”-, si existen características agravantes en el usuario, dejan constancia por escrito en la hoja de indicaciones médicas del usuario que se debe de realizar los protocolos de ORA (Observación de riesgo de autolisis) y ORCI (Observación de riesgo de conductas imprevistas), (se explicarán en el apartado 9.1) Siempre se debe de tener en cuenta la seguridad del personal en caso de un paciente agresivo o peligroso, facilitando que pueda salir fácilmente de la habitación.

Tras descartar problemas graves, hay que buscar enfermedad somática ante cuadros delirantes, obnubilación, afasia⁹⁶, disartria⁹⁷, ataxia⁹⁸, sin olvidarnos descartar nunca

⁹⁵ Proceso con el que se selecciona a las personas a partir de su necesidad de recibir tratamiento médico inmediato cuando los recursos disponibles son limitados.

⁹⁶ Trastorno del lenguaje que se caracteriza por la pérdida total o parcial de la capacidad de comprender o utilizar el lenguaje ya formado.

⁹⁷ Alteración en la articulación de las palabras. El afectado puede producir sonidos inexistentes en su lengua habitual puesto que no articula correctamente.

una alteración de la glucemia. También se debe conocer su ambiente familiar, si está en posesión de armas u objetos potencialmente lesivos, estos se les retirarán, compañía, posibilidades de ingreso, traslado y la opinión de la familia al respecto. Con la información recogida se procederá a diseñar y ejecutar el plan de actuación a seguir. Es decir, si se queda en el box de urgencias para observación, ingresa en planta o se va de alta médica: *me acuerdo que me dijeron un día: márchese, coma y luego vuelva otra vez. Vamos a tener a su familiar unas horas en el box de observación. Y luego, si toda va bien, se la puede llevar* (Madre de Sirena. 28 años. Diagnóstico médico: Trastorno límite de personalidad)

Por tanto, internar o no internar dependerá del criterio del psiquiatra de guardia. Esta decisión será tomada en base a un saber experto, científico y se supone “objetivo” unido a un saber práctico, situacional y contextual que se pone en juego en cada momento. No podemos olvidar el componente expresivo que rige las interacciones sociales y que preside las decisiones de internación en el contexto de la guardia. La manera de presentarse los pacientes y los familiares, el estado del paciente, la descripción de los hechos, los recursos lingüísticos utilizados, la actitud corporal, los gestos, la angustia, la ansiedad, la agresividad, las ideas de muerte, etc. Todos ellos predisponen a decidir una cosa y otra. En resumen, el elemento decisivo de las decisiones es la creencia de confiar en una versión de la realidad.

8.1.- DIAGNÓSTICO: es de mi propia invención

*¡Ahora soy esquizoafectivo!,
¡Ya no soy bipolar, ya no soy esquizofrénico tampoco!,
Ahora soy esquizoafectivo.
Me han puesto tres etiquetas a la marca Jano.
Así como suena, que quede palpable. ...
Ahora soy un trastorno esquizoafectivo inespecificado o algo sí...
Rollo, algo chino, pues nadie, nadie hasta hora me lo ha explicado
y tampoco lo he preguntado, así, que...*

Jano

La enfermedad mental puede afectar a cualquier persona. Un día te levantas y eres una persona normal, con anhelos, inquietudes, problemas, miedos, éxitos, fracasos sueños y... Toda una vida por delante. Y de repente, sin saber cómo, cuándo, ni dónde,

⁹⁸ La ataxia se caracteriza por provocar descoordinación en los movimientos.

te encuentras ante las puertas de un psiquiátrico. Se ha alterado tu mundo, tu realidad, ¡sí, esa que tú percibes! Te encuentras perdido (aunque en la mayoría de los casos no son conscientes), no comprendes qué está pasando, ni las personas que te rodean tampoco. Pues en ese primer momento, nadie es capaz de comprender qué es lo que está pasando y cómo deben actuar. Hacen acto de presencia los primeros síntomas y signos previos al diagnóstico de la enfermedad. Sí, esa enfermedad que afecta a toda tu vida, a tu funcionalidad, tus emociones, tus sentidos y, que poco a poco, va quebrando tus sueños afectando a la calidad de vida de tu persona y de tus seres queridos. Estas fases son de difícil reconocimiento por parte de la familia y especialistas. En general, hasta que no llevas un tiempo realizando trastornos de comportamiento y de conducta o comportándote de una manera no habitual en ti: *siendo raro, haciendo rituales que no son normales*, las personas, amigos y los familiares por lo general no detectan que hay un problema.

8.1.1- LA BIBLIA DE LOS PSIQUIATRAS: DIAGNOSTICAL AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS

El DSM (Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales)⁹⁹ y el CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades, décima versión) son clasificaciones diagnósticas universales (Alarcón, 1995).

EL DSM es una nosología, clasificación o listado de los trastornos aceptados, encuadrados en determinadas categorías y “el sistema” para diagnosticarlos o lo que es lo mismo la mecánica de dichos trastornos que se realiza a través de criterios diagnósticos y de un sistema multiaxial. Los criterios diagnósticos son básicamente la constatación de la presencia de comportamientos y pensamientos mentales (delirios), rasgos de personalidad como la impulsividad, etc. Se fundamenta en la detección clínica de estos fenómenos de una forma descriptiva y no incluye criterios etiológicos, ni etiopatogénicos, simplemente porque más allá de teorías o modelos con más o menos base experimental y empírica para la mayoría de trastornos incluidos en el DSM, éstos son desconocidos (Jarne, Arch, 2009: 86).

⁹⁹ A partir de este momento sólo utilizaré las siglas DSM.

La inclusión o no de un posible diagnóstico se realiza a través de un comité de expertos que se reúne de forma periódica. El organismo del cual depende es la (APA) American Psychiatric Association y por lo tanto el DSM refleja en gran medida, las posiciones dominantes en la APA en un momento determinado. Existen diferentes versiones desde sus orígenes: DSM-I (1952), DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000) y el último el DSM-V (2013). Estos manuales guardan entre sí una relación de continuidad y también de continuismo, pues excepto por una introducción en el DSM IV de la dimensión cultural de los trastornos mentales, estos manuales prácticamente son idénticos (Martínez, 2000: 249-251).

Según Jarne y Arch¹⁰⁰ (2009), existe el propósito de llegar a una única nosología en las enfermedades mentales con códigos únicos para cada enfermedad. En el comité de expertos del DSM cada vez hay más influencia de la NIMH (The National Institute of Mental Health), que es la agencia estatal estadounidense para la elaboración de directrices sobre política en enfermedad y en salud mental de toda la humanidad. Sin embargo, hay cosas que el DSM no es; no es la suma de conocimientos en la enfermedad mental humana; por definición acoge sólo el conocimiento sobre el que hay cierto consenso desde una perspectiva determinada, la de la APA, aceptada implícitamente por la mayoría de profesionales y científicos, como hemos visto. Lo que sabemos sobre los trastornos/enfermedades mentales va mucho más allá del DSM.

Las intervenciones y tratamientos por definición están excluidos del manual, presentaciones clínicas, formas atípicas y otras que no lo son, cursos clínicos, epidemiología más precisa, factores implicados de naturaleza de todo tipo; cerebrales, sociales, culturales, psicológicos, de personalidad, etc. Y naturalmente multitud de síndromes, trastornos, posibles enfermedades, situaciones clínicas con las que los profesionales pelean diariamente y que no están incluidos en el manual, o lo estuvieron y "saltaron" o están en "lista de espera" o cualquier otra posibilidad. En esencia: no existe solo lo que el manual nombra, existe lo que vemos en la práctica profesional de cada día.

Las cosas existen al margen de que se les nombre: oficialmente (...) Desde esta perspectiva, el DSM no es un manual que aborde los problemas relacionados con

¹⁰⁰ Los tres párrafos siguientes son un resumen del trabajo de Jarne y Arch (2009).

la salud mental sino con la enfermedad y los trastornos mentales y aún con estos se mueve en medio de una gran ambigüedad (...) el resumen es que el sistema DSM no define salud mental sino enfermedad mental y aún así con un alto nivel de indefinición, valga la redundancia. La demostración de ello es que tiene grandes dificultades para abarcar la globalidad de la clínica que atendemos los profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, etc.) o bien porque no la reconoce a pesar de que existe como es el caso del Síndrome de Estocolmo, el Síndrome de la mujer maltratada o el trastorno ansioso/depresivo; o bien porque la reconoce pero difícilmente encaja en esta definición, como es el caso de numerosas dificultades relacionadas con el aprendizaje escolar; o bien porque representan una nueva realidad clínica que difícilmente puede estar recogida (Jarne, Arch, 2009; 87-91)

La salud y la enfermedad mental, como ya sabemos, se hayan íntimamente ligadas al contexto social. A este respecto, las últimas versiones del DSM-III y DSM-IV han avanzado, pero sólo nos presentan una parte de la información que se necesita. Pues la otra es la historia del paciente o su narrativa (Tucker, 1998).

El DSM-IV señala el papel de los factores culturales en el diagnóstico de las enfermedades mentales, Alarcón (1995). Hace referencia a la influencia que tienen los factores étnicos y culturales en cada trastorno clínico, sus síntomas y su curso American Psychiatric Association (1994), ofreciendo pautas para que el facultativo pueda evaluar la influencia del contexto cultural en el sujeto enfermo, su explicación de percepción de la enfermedad, la identidad étnica, y los factores que influyen en la comunicación, Levine (1995). Según la American Psychiatric Association:

The APA's extensive development process of the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) is nearing its conclusion. The last stage of the manual's development began in late June 2012 at the end of a six-week open-comment period for health professionals, patients and families, advocates and others. Throughout the three open-comment periods, which began in 2010, we have received more than 13,000 comments and more than 12,000 emails and letters from you, our readers. This has been an unprecedented approach for any area of medicine, and your feedback has proven invaluable as the Work Groups continued to consider and refine text for DSM-5. Because the draft diagnostic criteria posted most recently on www.dsm5.org are undergoing revisions and are no longer current, the specific criteria text has been removed from the website to avoid confusion or use of outdated categories and definitions. Changes to disorders and diagnostic criteria, based in part on the latest comments received, will be made through the fall. As the 13 Work Groups finalize their proposals, a multi-level review of criteria is also under way by the DSM-5 Task Force, a Scientific Review Committee, and a Clinical and Public Health Committee. These separate reviews may provide further direction for the

recommendations ultimately submitted by the DSM-5 Task Force to the APA Board of Trustees late this year. Other information about DSM-5's development and contents remains available on the website, including research monographs, commentaries, and frequently asked questions. We will keep our site updated as new publications and information become available. The APA hopes this information will continue to be a helpful resource to clinicians, researchers, students, and to patients and their families. DSM-5 is scheduled for release in May 2013 (American Psychiatric Association; 2012: [Párr. 1-5])

Actualmente se consulta el DSM-IV-TR.¹⁰¹ y desde Mayo 2013 el DSM-V¹⁰² (Véase anexo 5) . Aunque existe una polémica que envuelve a la quinta edición de la *biblia de la psiquiatría* o DSM. Después de dos décadas sin apenas retocar el manual, en mayo la Asociación Americana de Psiquiatría presentó su nueva edición. Sólo dos semanas antes, los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de EEUU se habían desvinculado por considerarlo científicamente pobre. Según un artículo publicado en Tendencias21:

A partir de ahora, el NIMH se regirá por sus propios estándares para clasificar las psicopatologías. Más de 400 especialistas en 13 grupos de trabajo han colaborado en el documento durante un proceso oficial de seis años que ha costado 25 millones de dólares. El precio de cada ejemplar se ha fijado en 199 dólares. Se prevé que la versión española de la quinta edición del DSM estará disponible a principios de 2014. La reedición del DSM trae novedades como la inclusión de la edad, el género y la cultura en el diagnóstico y la presentación de los trastornos mentales. Además, el manual pretende acercarse a la clasificación internacional de enfermedades publicada por la OMS. El nuevo DSM propone abordar los trastornos con evaluaciones dimensionales para calcular la severidad de la patología. Entre otros, el autismo y el síndrome de Asperger -junto con dos trastornos más- pasarán a englobarse dentro del mismo espectro del trastorno autista. A pesar del revuelo mediático, los expertos de la APA consideran que la adicción a internet no es un trastorno mental. La sección III acoge aquellos trastornos que requieren más investigación antes de ser bautizados con el nombre de enfermedad mental. Se trata de un trastorno de conducta, no hace falta medicalizar los problemas de la vida cotidiana y caer en la sobrediagnos, explica un experto a SINC. Lo mismo le pasa a la adicción al sexo (hipersexualidad), que también ha sido relegada como trastorno (Tendencias 21, 2013)

¹⁰¹ Para pasar del DSM-IV al DSM-V, se ha realizado una revisión del texto del DSM-IV. El proceso de revisión del texto se inició en 1997 con la reunión de los Grupos de Trabajo para la revisión del DSM-IV-TR, siguiendo la misma estructura de Grupos de Trabajo del DSM-IV original (Psicoméd S.L, 1996-2008)

¹⁰² El último número del "Monitor of Psychology" (vol. 38, nº 3, Marzo de 2007), órgano de difusión de la American Psychological Association, reconoce la necesidad de que el Manual Diagnóstico DSM-V, reconozca la traumatización Compleja entre los subtipos de Estrés Postraumático.

Entre las modificaciones que ha incorporado el DSM-V por la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (APA) destacar:

- La exclusión de la lista de trastornos mentales de la adicción a las relaciones sexuales (o trastorno hipersexual) y de la adicción a jugar en Internet.
- Deja de considerarse el duelo por la muerte de un ser querido durante menos de dos meses como trastorno depresivo.
- Consideran nuevas patologías la adicción a la comida y el acaparamiento compulsivo.
- Incluye el Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (DMDD) con el cual se diagnosticará a niños que «tres o más veces a la semana exhiben episodios frecuentes de irritabilidad, arrebatos y berrinches durante más de un año». De este modo esperan evitar el excesivo diagnóstico de casos del trastorno bipolar en la infancia.
- En cuanto al trastorno conocido como acaparamiento compulsivo, los psiquiatras aseguran que *ayudará a caracterizar a los individuos con dificultad persistente para deshacerse de pertenencias y objetos que carecen de valor*. Un problema que suele afectar a la estabilidad emocional, a las relaciones sociales y a las finanzas de quienes lo padecen.
- Unifica las categorías de abuso y dependencia de sustancias. Además de ampliar los criterios para diagnosticar un trastorno del aprendizaje, incluyendo todas las anomalías que interfieren con la adquisición del lenguaje y su uso oral, escrito o destinado a expresar conceptos matemáticos.
- Otro cambio importante en el DSM-V, es que los términos “autismo” y “síndrome de Asperger” desaparecen, y son englobados bajo un nuevo término: trastorno del espectro autista. El objetivo, dicen los expertos, es diagnosticar de forma más precisa a los niños que padecen la enfermedad.

La versión española de la quinta edición del DSM estuvo disponible a principios del año 2014. Esta versión es la más vendida después de la inglesa. Según Novella (2002), la psiquiatría post-DSM actual, con su énfasis en la cuantificación y la fiabilidad, el uso de escalas y los diagnósticos criteriológicos, se encuentra dominada por un empirismo positivista a menudo radical. Y esto se aprecia al considerar los principios del DSM; si los trastornos mentales pueden ser diagnosticados fiablemente, en cierto modo, es un sinsentido discutir sobre sus causas o decidir modelos teóricos. En la práctica diaria y en la casa del espejo la mayoría de los psiquiatras tienen un manual del DSM-V y lo consultan frecuentemente. Recuerdo un día en el cuál surgió una conversación en

torno a la nueva versión del manual y algunos de estos psiquiatras se molestaron saliendo en defensa del DSM V, pues son fieles seguidores y *se lo creen a pies juntillas*.

8.1.2.- LA BIBLIA DE LOS PACIENTES: POLO POSITIVO CON POLO NEGATIVO COMBINADO CON MANICOMIO

Tal y como acabo de exponer los psiquiatras creen en su DSM-V. Pero y los informantes pacientes ¿qué opinan de su diagnóstico médico? *El problema o enfermedad es que soy alérgico de la cabeza. Pero estoy bien* (Vasilis. 39 años. Diagnóstico médico: Retraso mental). Veinticinco de los entrevistados narra que el problema que tienen es la esquizofrenia (adjunto un gran número de estas narrativas, pues considero importante destacar el lenguaje y los conceptos¹⁰³ que utilizan): *lo que tengo es esquizofrenia paranoide que es una enfermedad. Para mí el diagnostico seria falta de cariño* (Tess. 49 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia esquizoafectiva). *La esquizofrenia, bueno yo la llamo enfermedad mental. Me dicen que tengo esquizofrenia paranoide. Ahora tengo bipolar, tristeza y alegría* (Primera entrevista. Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar). *Quizás esquizofrenia... es, quizás una forma de locura, no lo sé. Tengo desconocimiento, de no poder interpretar la realidad de forma correcta. Extraplimitarme quizás* (Sibyl. 33 años). *Tengo esquizofrenia, eso me hace ver y escuchar cosas* (Elma. 29 años). *Yo estoy enfermo y tengo esquizofrenia paranoide no especificada, es lo que pone el papel* (Finn. 47 años). *Yo no tengo esquizofrenia, pero los doctores creen que sí* (Sophia. 34 años)

Tengo esquizofrenia paranoide y debo de cuidarme mucho. Porque a la más mínima, pues me puedo descompensar. He de vigilar mis pastillas, tomármelas adecuadamente. Aprender a no tomar en consideración los gritos de los vecinos, sobre todo pensar que no es por culpa mía. A ver que no es que sean por culpa mía sino que no son para hacerme daño o para molestarme (...) Esto me lo ha dicho el médico (Anémona. 26 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Este diagnostico médico es seguido por el de depresión: *la gente la llama depresión, depresión de caballo, iyo digo que estoy loca!* (Dione. 51 años. Diagnóstico: Reacción de adaptación depresiva breve. Aflicción. Ideación autolítica persistente). *Antes temía*

¹⁰³ En cuanto a las respuestas dadas por los entrevistados, sólo he seleccionado algunas frases. Durante todo el análisis de los resultados he encontrado una misma respuesta en varias categorías, pues los conceptos utilizados por los sujetos en su mayoría forman conjuntos multicausales o multifactoriales.

a mis ideas psicóticas. Depresión sí que creo que tengo, porque me falta la fuerza física (Melia. 49 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo). Problemas de crisis. No le veo salida, hay gente que ve salida a la crisis pero yo no (...) Siempre he sido un poco depresivo (Vara. 51 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo mayor).

Los sujetos utilizan sus propias definiciones: *creo que estoy enferma. Tengo bipolar. Esto significa tener subidas y bajadas continuamente. Y esto sí que es una enfermedad (Artemisa. 43 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar). Porque un tío que se toma más de 15 cafés al día, que fuma no se cuantísimos paquetes de tabaco al día, no para de viajar, hace más horas que un reloj, para mí eso sería una bomba ambulante, esa es la palabra (Paris. 61 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo mayor). Tengo trastorno psicótico y trastorno orgánico de la personalidad. Aunque no tengo muy claro que significan (Raissa. 29 años. Diagnóstico médico Trastorno psicótico). La enfermedad esta que tengo ahora no sé cómo se llama. Esquizofrenia, no. Trastorno bipolar, tampoco. Ataques de ansiedad y de agresividad que tengo yo ahora y también estoy con depresión (Sirena. 28 años. Diagnóstico médico: Trastorno límite de personalidad). El Dr. Panos a propósito de un caso de una paciente refería:*

A veces los psiquiatras no sabemos diagnosticar a ciertos pacientes, pues no sabemos qué es lo que tienen. En estos casos generalmente, utilizamos el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad. Y así no hay problema. Es infalible ¡ Sí y lo hacemos muchos, casi todos! (Dr. Panos. Psiquiatra de agudos)

Otro grupo de sujetos expresa no tener ningún problema o simplemente no están enfermos. También encontramos informantes que relacionan su ingreso y las causas con términos relacionados con el mundo sobrenatural y fantástico: *brujería, maldad, demonios, personas fallecidas, objetos como los aviones, el ordenador*. Estos objetos adquieren cualidades humanas: *hay aviones que me persiguen. Los aviones no persiguen a la gente, pero a mí sí. Los aviones han estado con más frecuencia por encima de mi casa. A las otras casas no van, ¡sólo pasan por la mía!* (Jeno. 42 años. Diagnóstico: Esquizofrenia tipo paranoide inespecificada. Cocaína). Otras causas son el consumo de drogas, sobre todo en el sexo masculino: *estoy aquí porque esto me lo ha provocado las drogas: hachís, marihuana, cocaína, tripis (LSD), ketamina* (Odell. 21 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). *Fui a comprar chocolate (hachís) esa noche y me metí en un lío* (Jacinto. 39 años. Diagnóstico médico: Retraso mental)

En los relatos aparecen términos biomédicos y científicos sacados de la nomenclatura del DSM-IV, dichos por psiquiatras, psicólogos u otros profesionales de la salud, que ellos mismos se apropian y los hacen suyos. Todos ellos son símbolos dominantes de la terminología psiquiátrica empleada por la biomedicina, que es el modelo de atención dominante en nuestra sociedad. Términos como esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar toman significado en las narrativas de padecimientos de los sujetos, pero muchos de ellos no saben lo que realmente son, llegando incluso, en algunos casos, a magnificar estos términos pues son conceptos extraños y poco conocidos. También encontramos quién se considera: *como un conejo de indias* (Colin. 64 años. Diagnóstico médico: Dependencia alcohol). Este sentimiento es compartido por muchos de los informantes.

Al inicio de este apartado he expuesto unas frases de Jano, un informante que durante todos los años que lleva de enfermedad, ha tenido diferentes etiquetas diagnósticas. He seleccionado estas palabras porque como él me relataba, durante todo este tiempo había pasado por diferentes diagnósticos médicos y me hacía hincapié en las consecuencias que esto tenía, pues para cada diagnóstico médico se le prescribía diferente medicación. Y a día de hoy, ninguna le había ido bien y no sabía cuál de ellas era mejor ¿Qué se siente si te cambian la etiqueta?: *lo mismo jeres el mismo!, te tienes que tomar la misma medicación o la que te vayan cambiado y ya está. A esperar e ir al médico* (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar)

Aunque hayamos sufrido una fuerte biologización y tecnificación dentro del campo de la biomedicina y de la psiquiatría, no existe ninguna técnica o prueba objetiva que pueda diagnosticar que una persona sufre una enfermedad mental, siendo una desconocida a día de hoy y los profesionales no contribuyen a disminuir este desconocimiento. Otro problema de desconocimiento es la poca información que han referido los informantes por parte de los profesionales:

Yo cuando vine aquí la primera vez, no me explicaron, oye tienes esquizofrenia. Me dijeron que tenía un brote psicótico. Pero en el informe ponía psicosis; pero yo no tenía ni puta idea que psicosis era esquizofrenia. Entonces, no me lo explicó nadie. Ningún psiquiatra me dijo, oye ¡que tú tienes esquizofrenia! No fue hasta el segundo brote. Entonces la Dra. Cassandra me dio un libro y me dijo: ¡tú tienes esquizofrenia, toma léete este libro! Y me lo leí y me di cuenta de que lo que estaba en el libro me pasaba a mí también y ¡entonces entendí todo! Me dije

ahora sé que es lo que me pasa, es esquizofrenia. La esquizofrenia es una enfermedad mental (Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Como narra Ajax, ellos son los primeros en querer conocer y comprender lo que les pasa. Buscan respuestas y quieren soluciones. A poco que se les explica y se les brinda información, ellos intentan aclarar sus ideas y entender la situación que viven buscando posibles salidas. Pues según su opinión, la psiquiatría continúa siendo *una ciencia adivinatoria*, pues, cada facultativo realiza su propia valoración, según su nosografía o manual de trabajo. Esto se traduce en *su opinión médica experta* y en la instauración de una etiqueta diagnóstica. Y como hemos visto anteriormente, un mismo sujeto pueda ser diagnosticado con diferentes diagnósticos, dependiendo del facultativo que lo atienda o del trascurso de la enfermedad en el tiempo. Dice un chiste de médicos que:

“Donde hay dos psiquiatras, hay tres opiniones”. Bernardo lo justifica: “La variabilidad de la práctica psiquiátrica es muy alta porque la actividad psíquica del cerebro es muy compleja”. Uno de los objetivos frustrados del nuevo manual era hallar biomarcadores para el diagnóstico de trastornos mentales” “Hemos estado diciendo a los pacientes durante varias décadas que estamos a la espera de biomarcadores. Todavía estamos esperando”, reconoce Kupfer. De momento, el médico seguirá reconociendo la enfermedad solo por sus síntomas” (Jar, 2013)

La utilización de etiquetas bien sean diagnósticas o de otro tipo, ayudan a conformar clases y estereotipos que no tienen fecha de caducidad, atribuyendo ciertos atributos y significados peyorativos que perduran durante toda la vida del sujeto diagnosticado, lo que provoca una alteración de su imagen e identidad social.

8.2.- ETIOLOGIA: ¡yo no estoy loco! ¿por qué estoy aquí?

En este apartado trataré el segundo ítem del modelo de Kleinman (1980). Esta segunda categoría está configurada por dos preguntas, ¿por qué motivo ha ingresado? y ¿cuál cree que es la causa de su enfermedad? Los motivos y causas por los cuales los pacientes narran que han ingresado son multicausales y en ellos juegan un papel importante los factores socio-culturales de los sujetos.

Como motivos de ingreso y causas encontramos a los individuos que consideran que la enfermedad se la han producido terceras personas, sobre todo dentro del ámbito familiar: padres, cónyuges, hijos: *había gente en casa y yo empecé a no poder dormir.*

Llegué a casa y vi que existía todavía el mismo problema con mi padre y mi madre (Atenea. 32 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). Me ha traído aquí mi familia, mi cuñada (Rita. 67 años. Diagnóstico médico: Paranoia más abuso de alcohol).

Las pésimas relaciones dentro de la unidad doméstica, las discusiones en casa: *yo ingresé aquí porque tuve una discusión con mi madre (Yurena. 25 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide).* Algunos presentan ideas de prejuicio hacia sus familiares:

Porque me trajeron aquí ¡eh!, les dije ¡que me habían maldecido la comida, vaya que me habían echado algo! En mi casa me quieren envenenar, seguro que había algo en el cola-caó. Vomité al probarlo, al olerlo, olía raro. Y nada, yo les decía que me estaban maldiciendo y ellos se enfadaron y nada. Por un malentendido, porque les he dicho a mis padres, que me persiguen, y que veo visiones (Cronos. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

El acoso psicológico, la manía por parte de un progenitor, el control exhaustivo de los vecinos, alguien que le mira mal y al cual no interesas, todos ellos son los factores de ingreso y los desencadenantes más frecuentes de la enfermedad, según el punto de vista del enfermo:

Me encuentro nervioso, la gente de mi barrio me controla, saben lo que pienso. Mi madre hace cosas para provocarme y entonces me muestro más irritable con ella ¡La televisión me envía mensajes subliminales! y ¡tengo miedo de convertirme en un terrorista! Hace unos días que oigo voces que me repiten mis pensamientos (Primera entrevista. Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar)

También se culpabiliza a los vecinos: *me puse nerviosa y empecé a pensar que la vecina se metía conmigo me imaginé que hablaban de mí y me puse nerviosa (Anémona. 26 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia).*

A los jefes, a seres intangibles como: Dios, el demonio, espíritus, personas fallecidas, mossos d' esquadra y jueces: *he ingresado por una sentencia judicial (Finn. 47 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide). Porque estaba muy nerviosa, por problemas familiares y por juicios que tengo pendientes. Y encima me denuncia mi madre (Megan. 34 años. Diagnóstico médico: Trastorno de personalidad).* También a enfermeras e incluso a la ambulancia.

La mayoría ingresa por problemas y presiones sociales, asociando a éstas las causas de su enfermedad. Esta presión social es ejercida por las personas que conforman la

unidad doméstica, la comunidad o la propia sociedad, la cual les lleva a reagudizar su enfermedad, recayendo, reingresando e incluso realizando hospitalismo. En cierta manera se esconden detrás de la enfermedad mental para poder pensar cómo combatir y salir de esa presión que les asfixia. Algunos testimonios, presentan diferentes motivos y podrían estar clasificados en varias categorías empíricas a la vez:

Tuve visiones auditivas, escuchaba voces que no existían y me decían que hiciese cosas (...) Yo he estado ingresado dos veces y en cada una de las veces he tenido una visión o una interpretación distinta de la realidad. Interpreto la realidad de acorde a las historias que te hayas montado. Por ejemplo, estoy sentado en la habitación y pienso que estoy aquí por celos de mi hermana y el compañero de enfrente de la habitación comienza a hacer así. Y yo lo interpreto conforme está haciendo así, entiendes, lo que yo voy viendo es como que me lanzan mensajes y los interpreto conforme a mis pensamientos, es un poco complejo el asunto. Y lo vivo ¡Uh! ¡maldita! sufres bastante porque no sabes si es verdadero o es un engaño de tu cerebro. Y luego resulta que cuando te tomas la medicación y empiezas a desconectar, empiezas a darte cuenta de que todo es mentira que es producto de tu mente, de que las visiones son producto de tu mente, que lo que oyes es por un exceso de adrenalina en tu cerebro (Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Porque estaba muy mal, estaba enamorada de los Pets Shop Boys, y creía que los veía por todas partes. Los veía porque hay un chico que se parece a ellos (...) En vez de decirle a la doctora que era parecido a él, le dije que eran ellos. Y me trajeron aquí y sucedió el accidente¹⁰⁴ (Sophia. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

He ingresado porque tenía un comportamiento extraño en casa. Después de 8 años que falleció mi padre y me separé de mi mujer, caí en picado ¡Hasta encerrarme en casa y allí me quedé! (Otis. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia. Pocos ingresos). *Estoy aquí porque no me tomaba la medicación y me descompensé* (Rhodes. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

Entre los motivos de ingreso también encontramos la categoría empírica *sintomatología*: estados emocionales, tener nervios: *últimamente he estado algo nervioso y estoy pasando una mala época y solo necesito descansar* (Radamanto. 30 años. Diagnóstico médico: Trastorno disfórmico corporal). *Por los nervios. Un ataque epiléptico* (Vasilis. 39 años. Diagnóstico médico: Retraso mental).

¹⁰⁴ Ella refiere un accidente donde un auxiliar o enfermera le pegó con un cazo. No me ha sido posible averiguar si este relato fue cierto o es una “invención de su mente”.

Los estados de ansiedad y nervios pueden ir acompañados de alucinaciones: *a veces hay objetos que me hablan y me han introducido objetos por los brazos* (Muriel. 66 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar. Fase maníaca). Delirios o paranoias que no son capaces de reconocer y ponerles nombre: *ingresé aquí porque pensaba que me iban a secuestrar, y yo lo creía y entonces empecé a dar gritos. Sería algún arrebatado de nervios, o eso creo. Lo estaba soñando, y entonces me puse a gritar. Aún tengo la duda de que no haya algo de verdad* (Jacinto. 39 años. Diagnóstico médico: Retraso mental). *Estoy aquí porque digo cosas que no debía de decir. Mi vecina Paula cogió tanta información sobre mí y entonces ella hizo y dijo cosas que no tenía que decir y yo también lo hice. Y me puse enfermo y el doctor quiso darme una medicación nueva que yo rechace* (Dion. 18 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica)

Cambios ciclotímicos o de humor: ansiedad, alegría, tristeza, enfado: *que me enfado con facilidad y eso me crea problemas. Acabo de estar en la cárcel* (Lykaios. 31 años. Diagnóstico: Trastorno personalidad límite. Antisocial). Arrebatos: *me internaron porque tuve una discusión con mi padre por no aceptar las normas, que por poco no llegamos a las manos (...) Mis padres dijeron que yo les había intentado asesinar con un cuchillo* (Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

Impulsividad y agresividad: *yo ingreso porque tengo ataques de agresividad, y porque yo me hago daño a mí misma para quitarme la vida y no me quería tomar las pastillas* (Sirena. 28 años. Diagnóstico médico: Trastorno límite de personalidad)

El intervalo de sujetos que presentan problemas con los padres se encuentra entre los 20 y 40 años, sobre todo personas que no se han emancipado. También encontramos entre los informantes, quienes explica que su motivo de ingreso no tiene que ver nada con padecer una enfermedad mental:

Delirios de grandeza, pues me siento importante e imprescindible para la humanidad. En plan peliculero, seguridad de que si me tiro por el balcón no puedo morir, ¡porque si no estaría aquí! He leído libros de todas las culturas y he estado en grupos preocupados por el cuerpo y la mente “regresiones”, en mi casa se pensaban que estaba chalado (Erix. 48 años. Diagnóstico médico: Episodio maníaco con trastorno de conducta)

He venido por los pies y por el bulto que tengo (Gea. 83 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica). *Por la operación* (Rena. 71 años. Diagnóstico médico: Trastorno

depresivo). *Por mis ojos, por la enfermedad de cataratas he llegado a tener una ceguera total* (Colin. 64 años. Diagnóstico médico: Dependencia alcohol)

También encontramos sobre ingesta farmacológica: *ingrese porque me sentía inútil. Las cosas no me salen bien y me tome unos dos botes de pastillas* (Melia. 49 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo)

Otro motivo de ingreso que cada vez se dan con mayor asiduidad es el uso de las nuevas tecnologías:

No sé si estoy enfermo, notaba tensión, mucha tensión. Hubo un día que deje de ir al gimnasio, y me apalanqué delante del ordenador y llegó un día que no podía dormir. Tenía que hacer ejercicio para poder dormir. Jugaba a juegos de monstruos, juegos de rol y jugaba un juego (...) Era como una adicción. No sabría responder cuantas horas me tiraba delante del ordenador. Me despegaba para comer, también para chatear y paseaba por internet. Jugaba y estaba en internet a la vez (Dion. 18 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica)

En algunos casos los motivos varían de un ingreso a otro:

Por una serie de sintomatología de manía persecutoria hacia mi persona, que se remonta a cuando yo tenía 18 años, ahora tengo 42 actualmente, este síntoma es el que ha estado conmigo como el más arraigado y el más fuerte y cada vez me da más miedo (Tercera entrevista. Jano) “He venido esta vez por un pequeño o gran desorden en mi vida, en cuanto a medicación, en cuanto a comportamiento con la gente, con la sociedad, con los demás, llamémoslo como queramos. Un pequeño desajuste de mi vida. Por no tomar la medicación a mis horas, no dormir bien, bajar por ejemplo a las dos o a las tres de la mañana a dar un paseo, esperar que abran a las cuatro el mercadillo para tomar un café, cosas (Segunda entrevista. Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar)

Los profesionales, que trabajan en la casa del espejo, coinciden que los motivos de ingreso son multicausales. Los más predominantes son:

El abandono del tratamiento psicofarmacológico: *Vaya, porque no han tomado la medicación o porque han tenido una fase más aguda y se ha descompensado* (Pandora. Enfermera).

Afrontamiento familiar no correcto: *por no tomarse el tratamiento porque la familia no puede atenderlos debidamente* (Ligia Estudiante de enfermería).

Descompensación psicopatología de su enfermedad, búsqueda de respuestas y sufrimiento:

Yo creo que a urgencias van cuando están fatal, cuando no pueden, cuando el sufrimiento que generan es demasiado fuerte para soportarlo. Ya ni tan siquiera esperan a ir a su psiquiatra, en caso de que la adherencia terapéutica esté en condiciones. Y lo que vemos es que los trae la policía o la familia porque no quieren venir por voluntad propia. Pero en principio la idea de acudir a urgencias psiquiátricas que yo tengo es porque no se encuentran bien. Están descompensados y buscan ayuda psiquiátrica (Adara. Estudiante especialista de salud mental)

Por traumas y malos tratos: *son gente que de pequeños han tenido traumas familiares, malos tratos. Todo esto nos deja la idea de que se desencadene después* (Pandora. Enfermera). E incluso por temas sociales y búsqueda de alojamiento. Por otro lado, los psiquiatras relataban motivos similares a los dichos por enfermería:

Creo que los pacientes acuden muchas veces por descompensaciones psiquiátricas reales, pero en muchas otras ocasiones buscan una respuesta o una ayuda que no encuentran en el tratamiento ambulatorio. Sobre todo, pacientes con rasgos de personalidad desadaptativos o pacientes neuróticos que necesitan estar constantemente demandando atención por diferentes tipos de ganancias. En otros casos consultan muchas veces por temas sociales, buscando alojamiento, etc. (Dra. Electra. MIR de psiquiatra)

Por muchos motivos, no siempre justificados. En principio acuden buscando alivio a su sufrimiento o malestar, derivado de muchas causas: enfermedad mental, historial de vida traumático, incapacidad para responder a las demandas del ambiente en el que se desenvuelven, falta de soporte a nivel ambulatorio, búsqueda de ingreso para “aislarse” de su cotidianidad o para obtener ganancias secundarias (obtener informes psiquiátricos que “justifiquen” una paga, evadir consecuencias legales de sus actos, controlar a través de su “enfermedad” su entorno familiar, pérdida de vivienda habitual por peleas, desahucios, etc.) Siempre hay una búsqueda de alivio, a veces realista y a veces no (Dr. Myles. Psiquiatra de agudos)

La Dra. Livana, enumeraba los motivos por los que ella consideraba que los pacientes ingresaban:

Descompensación de enfermedad de base (TMS¹⁰⁵), intoxicación por consumo de tóxicos, evento/crisis relacional, movilización de su entorno, dudas del tratamiento farmacológico, síntomas ansiosos y depresivos y largas listas de espera en CSMA¹⁰⁶ (Dra. Livana. MIR de psiquiatra)

Los familiares, pacientes y profesionales coinciden en los motivos de ingreso, siendo el principal el abandono de la medicación:

¹⁰⁵ Trastorno Mental Severo

¹⁰⁶ Centro de Salud Mental en catalán

Ella ingreso aquí porque se dejó de tomar el seroquel (antipsicótico atípico: neuroléptico), y porque decía que le sentaba mal, veía el reflejo de las luces y lo dejó de tomar radical (Padre de Maggie. 19 años. Diagnóstico médico: Trastorno somatomorfo)

Esposa: Pero no respondía a ninguna medicación que le daban y cada día hacia menos y cada día tenía menos interés y entonces la Doctora del CAP, dijo que había que ingresarlo. No se acuerda de muchas cosas desde aquel día. No se acuerda de los últimos cinco meses -memoria flotante- No se acordaba del teléfono, de reconocer el reloj, ahora no sabría volver a coger un móvil. Perdió mucho peso.

Paris: Bueno me quedé en 60 y pico. Porque no comía, es que la memoria, la pierdo, como me explicó el Dr. Panos, si porque con los TEC¹⁰⁷ tampoco me acuerdo (Paris y esposa. 61 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo mayor. Dos reingresos)

Las familias, también utilizan términos biomédicos y etiquetas diagnósticas:

Ingresó porque tuvo un brote psicótico. Llevaba días que oía voces, los vecinos la criticaban, la vigilaban, la querían violar (...) El Lunes se levantó, subió las persianas, abrió las ventanas y la vecina la vio, pues tenía medio cuerpo fuera y llamó a la familia. Vinieron los servicios de Teleasistencia (Hijo de Gea. 83 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica)

E Irene creía que era un compendio de varios factores realizando un resumen (véase tabla 6):

Los motivos son diversos empezando por los que acuden solos, con conciencia de enfermedad y piden ayuda. En este caso, desde intentos autolíticos, ansiedades, insomnio, nerviosismo, o simplemente se encuentran mal y no saben el por qué. Los que acuden acompañados pero que no consideran estar enfermos y es la familia los que considera que de alguna manera necesitan ayuda psiquiátrica o, bien han sido visitados en un dispositivo asistencial ambulatorio y se considera que debe tener una continuidad más estricta debido a una descompensación de la sintomatología previa. Los motivos en general serían porque “no se encuentran bien”, con mayor o menor conciencia de trastorno. Si consideramos los motivos como el diagnóstico psiquiátrico o la etiqueta que la persona recibe cuando ingresa en un hospital psiquiátrico son múltiples. Tanto como puede existir en un DSM-IV o bien en un NANDA¹⁰⁸. Tanto uno u otro distorsiona la vida de la persona y la imposibilita para llevar un adecuado mantenimiento de la misma. La aleja de su normalidad, de su cotidianeidad y la lleva en el peor de los casos a ingresar “en

¹⁰⁷ Terapia electroconvulsiva

¹⁰⁸ American Nursing Diagnosis Association Ahora denominada NANDA International. Esta asociación diseñó una taxonomía reconocida por todos los enfermeros del mundo. Se basa en los diagnósticos de enfermería. Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre la repuesta del individuo, la familia o la comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales. Se podría considerar el homólogo del DSM de los psiquiatras.

un manicomio y ser considerada a partir de aquel momento como un loco”. No estamos hablando de cualquier cosa, no es una enfermedad “normal” es estar loco. Esta etiqueta no se la quitaran el resto de personas de su alrededor. No es tan fácil asimilar que te ingresan en un hospital psiquiátrico (Irene. Enfermera)

Enfermedad	Alucinaciones, delirios paranoias, descompensación de patología de base.
Síntomas	Agresividad e impulsividad, conductas extremas, estados de ansiedad, nervios, ideas autolíticas y tanatolíticas y síntomas somáticos.
	Abandono e incumplimiento del tratamiento No conciencia de enfermedad
Familia	Conflictos familiares, ideas de prejuicio a terceras personas
	Internet, videojuegos.
Drogas	Síntomas
	Orden judicial

Tabla 6. Principales motivos de ingreso. Elaboración propia.

Pero ¿cuáles creen que son las causas de su enfermedad? En muchos casos, sobre todo en primeros ingresos, los informantes “alegan” desconocimiento: *no sé cuál es la causa de la enfermedad* (Jacinto. 39 años. Diagnóstico médico: Retraso mental). *Pues no lo sabemos, una cosa que ha tenido que pasar y aceptarlo* (Madre de Hera. 33 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica. Pocos reingresos).

En otros la enfermedad: *pues no lo sé. Me imagino que es por el trastorno que tengo de conducta, no controlo mis impulsos y me acelero demasiado* (Megan. 34 años. Diagnóstico médico: Trastorno de personalidad).

Los traumas, los malos tratos, agotamiento del cuidador, el sufrimiento, la ansiedad, insomnio, nerviosismo, la sectorización, la impulsividad, intentos autolíticos e incluso el suicidio se convierten en causa. La búsqueda de ayuda y de soluciones, los temas sociales, falta de soporte ambulatorio y comunitario, conseguir informes para obtener una pensión, intoxicación por drogas, dudas sobre el tratamiento. Hasta encontramos

informantes (tanto enfermos como familias) que consideran que la causa es la herencia:

La causa de todo esto es el trastorno psicótico. El problema es el primogénito. Mi tío que es el primogénito y cuando era un niño, se le subió una gota de sangre al cerebro y eso va con los primogénitos de cada generación de mi familia (...) mi primo también la padece y yo también (Raissa. 29 años. Diagnóstico médico: Trastorno psicótico)

A mi me viene de herencia, tengo un tío con esquizofrenia, mi madre tiene un trastorno bipolar (Atenea. 32 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). Debe ser hereditario por mi madre. Puede influir que haya tomado tantas drogas (Hermana de Eros. 31 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica atípica).

La genética e incluso encontramos la causa ambiental:

No sé, yo a veces le intento buscar la culpa a algún familiar... o sea es genético, algo de culpa sí que tienen mis familiares. Mi abuelo era un poco paranoico, un poco bastante. Se le iba la cabeza, empezaba a creer que había una conspiración detrás de él, era paranoico (...) A la Dra. Galatea le pregunté y me dijo que había personas enfermas porque sí, igual que coges un resfriado y estas cosas pasan. En América dicen que es ambiental y aquí en Europa dicen que es biológico, o sea tienen como dos corrientes: te afecta lo que es el entorno cuando eres pequeño, que tienes traumas de pequeño, que te pasa algo y caes enfermo. Los de Europa dicen que no, que es genético, que se trasmite a través de los genes, que pasa esto y pasa lo otro, no se aclaran ni ellos. O sea, que si no se aclaran ni ellos, pues yo me aclaro menos. Yo no sé de qué parte estaría, una mezcla entre los dos, yo creo que es un poco biológico y también por causas del ambiente. La cuestión es que un día estaba en casa tranquilamente y empecé a escuchar las voces y me empecé a preguntar ¿pero, quién es, quién es? Como si hubiese alguien en casa y ¡era yo que estaba flipando! No sé (Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia. Tres ingresos)

Otros informantes exponen que las causas de su enfermedad son somáticas: *la causa de lo que pasa, es por el oído. Oigo demasiadas cosas que me hacen daño a la cabeza (Dion. 18 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica).*

Una reacción alérgica: *¿por qué me pasó esto? Fue a raíz de tomar una medicación que me generó una reacción alérgica, y caí enfermo (Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide).*

También tenemos informantes que culpabilizan a sus familiares e incluso a ellos mismos: *la causa de todos mis problemas es que yo vivo con mi tía (...) Creo que he*

arruinado a toda mi familia. No ha sido por culpa mía, pero me siento culpable (Vara. 51 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo mayor).

Y otras causas son las desgracias: *por culpa de mi familia porque se me han ido y entonces cuando se murió mi abuelo me dio por tomarme cosas* (Vesna. 29 años. Diagnóstico médico: Trastorno esquizoafectivo).

La mala suerte: *creo que fue por la mala suerte que había tenido: había perdido todo lo que tenía en la vida: se ha muerto mi padre, mi abuelo del pueblo, me había quedado en paro, la separación y por último ¡dejé a mi hijo al tener 8 añitos!* (Otis. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia).

La lotería: *la causa de mi enfermedad es porque hace 20 años me dijeron que me tocó la lotería* (Marmara. 46 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia esquizoafectiva).

El miedo: *la causa de mi enfermedad es el miedo a la gente, a todos* (Sophia. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide).

Los hábitos poco saludables: el tabaco, una mala alimentación, tomar café, drogas: *porque yo fumaba 3 paquetes diarios y llevaba una mala alimentación y mucho café, aunque nunca he bebido alcohol* (Tess. 49 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia esquizoafectivo).

El ordenador, “comerse la cabeza” o incluso la pubertad:

No creo que exista una causa (hermano). Tanto jugar al ordenador, se comía mucho la cabeza (padre), yo creo que fue el cambio de niño a adulto (madre). Creemos que no tiene causa justificada (Padre, madre y hermano de Argos. 19 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Los informantes (pacientes y familiares) no distinguen entre los motivos de ingreso y las causas, van ligadas y unidas las unas a las otras. Pueden ser de origen hereditario, genético, ambiental y biológico. También las encontramos de tipo psicosocial: ideas de prejuicio sobre hacia los familiares, ansías de superación, miedos, vivencias o creencias de desgracias y muertes. Somáticas: reacciones alérgicas, realizar sobre esfuerzos e incluso la pubertad. Ligadas al azar como jugar a la lotería, no seguir hábitos saludables y otros como el consumo de drogas e internet.

Los profesionales y las estudiantes, también narran diversas causas: familiar, laboral, económico, relacionadas con la enfermedad, sus síntomas y el incumplimiento del tratamiento: *ansiedad, tristeza, nerviosismo, alucinaciones, delirios y factores externos que les produce un desequilibrio emocional* (Pandora. Enfermera).

Las drogas y otras sustancias: *tengo entendido que las causas sobre todo son el consumo de drogas y otras sustancias* (Adara. Enfermera. Estudiante especialista salud mental). Según los psiquiatras:

Sintomatología ansiosa y depresiva, síntomas psicóticos (conducta desorganizada, ideas delirantes, alucinaciones), consumo compulsivo de tóxicos, problemas de convivencia, tentativas autolíticas, desde gestos hasta intentos suicidas (Dr. Myles. Psiquiatra de agudos)

E Irene de nuevo concluía con un resumen, aunque algo largo, muy ilustrativo:

Es una cuestión difícil de diferenciar ya que las causas/motivos se podría decir que están directamente relacionados. Las causas sería también una diferencia en el estado habitual de la persona que lo lleva a desestabilizarse desde el punto de vista psíquico, emocional y conductual fundamentalmente. Las causas en ocasiones se encuentran relacionadas con algún desencadenante ya sea familiar, laboral, económico o incluso derivado de algún consumo de tóxicos. En otros casos, y en los que se podría decir abiertamente que se manifiestan con una mayor frecuencia es un abandono o incumplimiento del tratamiento que deriva en una reagudización de la enfermedad. En casos, hay un primer brote, en otros un desajuste de la medicación como causas del ingreso o la visita en un centro psiquiátrico, aparte de los estresores antes mencionados. Pero el paciente psiquiátrico tiende a pensar cuando se encuentra bien que ya está curado y eso significa no necesitar medicación, y esto se traduce en el abandono de la misma. Esto significa volver a recaer en la enfermedad de la que no se tiene conciencia. La problemática social actualmente está tocando fuerte, y lleva a pacientes a intentos de suicidio por situaciones que desequilibran en su estado de vida habitual. No se puede hablar de una sola causa como desencadenante. Hay personas que tienden a buscar soluciones paralelas como medicinas alternativas o rituales mágicos, que deber ser visto desde su justa medida. Ya que todo fuera de contexto puede conllevar a alejarse de la realidad. La familia contenedora hace que la causa que puede desequilibrar a una persona se minimice, la familia desestructurada en un momento determinado puede ser ella misma la causa del problema. Las causas son diversas ya que cada persona y cada situación es un mundo. De esta manera la manifestación que hace la persona de un mismo problema puede ser muy diferente. Obtenemos de esta manera, desde una llamada de atención, hasta un hospitalismo por distocias familiares, o una enfermedad psiquiátrica catalogada como grave. No nos engañemos, lo primero es igual de grave para la persona ya que la desvincula del mundo cotidiano y es incapaz de mantenerse en él (Irene. Enfermera)

Como ya he mencionado, las causas de la enfermedad son múltiples y están relacionadas directamente con los motivos de ingreso y en ellos juegan un papel importante el proceso de socialización de los individuos y los factores socio-culturales. Existe diferencias entre los testimonios de los informantes: pacientes y profesionales. El lenguaje utilizado es sus narrativas es totalmente diferente (como es normal) pues los profesionales se expresan con lenguaje científico o técnico (derivado del sistema biomédico) y el resto utilizan un lenguaje lego, ajeno a la terminología biomédica. Sin embargo, algunos de estos informantes también emplean estos términos, pues los han oído de los profesionales, han leído libros o incluso han buscado en Internet. Lo que nos indica que las tecnologías de la información cada vez están más imbricadas en nuestra vida cotidiana.

En resumen, decir que las concepciones, representaciones y prácticas de salud no son hechos espontáneos que podamos aislar, pues todo ellas tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio, tal y como refería Uribe (1999), y se encuentran en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural del individuo, comunidad o grupo social. Por ello, los motivos o causas por las que los pacientes “aterrizan” en los psiquiátricos deben de ser abordados desde la perspectiva emic (versión canónica) pues, éstas versiones nos permite acceder a información que se encuentra más allá de las apariencias que podemos observar en las pautas de interacción, las creencias y las costumbres. Esto nos permitirá comprender el sentido que estas pueden tener para las personas que las viven.

8.3.- SÍNTOMATOLOGÍA: alucinaciones, delirios y paranoias

*Hay veces que los espejos ya no alcanzan a decirte quién sos...
Sacarte la careta es mucho más que dejar que fluya la locura”....*

Anónimo

El síntoma ha sido indiscutiblemente, el objeto de estudio *estrella* para la medicina y la psiquiatría. Detrás de un síntoma se presupone una dimensión fisiopatológica: *el mal en su variedad de formas*, Martínez (1995). Siguiendo con este autor, para la disciplina antropológica, esto que se entendía como físico o psicológico ha sido considerado

como una elaboración cultural, por lo que nos encontramos que la antropología redefine unas fronteras y unos límites. Taussig (1995) refiere que los signos y los síntomas de una enfermedad no son “cosas en sí mismas”, no solo son biológicas y físicas, sino que también son signos de relaciones sociales disfrazadas como de cosas naturales, ocultando sus orígenes dentro de la reciprocidad humana. Los síntomas ocupan un lugar protagonista, frente a la falta de evidencia orgánica de algunas enfermedades, como la que me ocupa en esta tesis, la “enfermedad mental”, pues en muchos casos los síntomas son lo único visible y existente que se puede encontrar para poder saber *el mal que aqueja al enfermo*. Con el aumento observado durante las últimas dos décadas de padecimientos crónicos, el estudio de los síntomas adquirió relevancia y es recuperado desde distintas perspectivas teóricas y saberes como la medicina y las ciencias sociales. Pero ¿qué es un síntoma?, ¿qué diferencia existe con un signo?

L'evidència objectiva d'una malaltia, aquell nivell que és susceptible de ser “observat”, bé sigui directament com la febre i els èczemes, o bé indirectament mitjançant l'ús de tecnologia mèdica (radiografies, tomografies, anàlisis de laboratori, etc.). En canvi el símptoma és definit com la percepció subjectiva de la malaltia, inclús com l'expressió que el pacient fa del seu patiment. “Allò que ens diu el pacient” (Martínez, 1995: 49)

Podemos mencionar y diferenciar dos abordajes generales. Por un lado, desde el saber biomédico o lego, el síntoma es un indicador o una señal de algo más profundo que hay que descubrir y tratar, pues *algo pasa dentro nuestro*. Muestra que existe una causa que hay que conocer para establecer un diagnóstico y tratamiento. Se busca dar cuenta del síntoma como una realidad biológica en la cual existe una anormalidad de tipo orgánica y se lo reduce al dominio de lo conceptual (a pesar de que desde la biomedicina ese lugar es ocupado por el signo entendido como una evidencia objetiva). Es decir, en términos médicos y psiquiátricos, el síntoma sería una manifestación subjetiva de un estado patológico. Entretanto que el signo es una manifestación objetiva percibida directamente por el profesional, Martínez (1998).

Desde la práctica biomédica se intenta envolver al síntoma de un carácter natural y universal distanciado de cuestiones personales, sociales, corporales y culturales que actúan directamente en las narrativas de enfermedad y en los relatos de los pacientes.

Como por ejemplo, cuando los facultativos diagnostican o medican a través del DSM. Por otro lado, encontramos el abordaje desde las ciencias sociales, que dotan a los síntomas de un carácter polisémico, dado que las distintas situaciones y contextos intervienen en la construcción y los significados.

Desde la antropología interpretativa los síntomas son tratados como expresiones que *vehiculizan* un sentido y que responden a mundos locales de significación (Martínez, 1998: 646). Para Foucault, los síntomas son la forma en que se presentan las enfermedades, pues son lo más visible y cercano que se tiene de ellas, la expresión de algo inaccesible y ocupa un lugar central en la mirada del médico (Foucault, 2008). El síntoma a lo largo del tiempo es un fenómeno activo que da significado a la enfermedad:

[The symptoms] They are normal because when the problems disappear or moderate, so do the symptoms (Kleinman, 2008: 112)

En general, los síntomas son percibidos como manifestaciones o cambios *empecé por la noche a tener miedo, no dormía, estaba inquieta, no comía y sólo tenía ganas de llorar por el cantante, siempre lo mismo* (Sophia. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide). *Encerrarme en casa, dejarme, no afeitarme, quedarme guarro en casa* (Otis. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). *Llevaba 2 años sin salir, los pies, los tenía fatal y negros y el pelo no se lo cortaba le llegaba a la cintura. Aún no se cómo habéis conseguido que se lo cortara. No se duchaba, ni aseaba. ¡No había forma de cambiar!* (Madre de Argos. 19 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

¡Ah, eso sin hablar de los síntomas! Estado de ánimo, sensaciones, sentimientos. Tengo síntomas de manías persecutorias. Creo que hay un tejemaneje en contra mío, para sacar perjuicio- beneficio. Eso se va disipando, gracias a que tomo al día 21 mg de invega (antipsicótico) ¿cómo te has quedado? y a cambio de apaciguar los síntomas de manías persecutorias, tengo rarezas y extrañezas en mi cuerpo y en mi manera de ser y ver las cosas, a ver, ¿qué podemos hacer, tomar más mg de invega? (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar)

Los pensamientos son caóticos y empiezas a pensar y a pensar y iesto no sirve para nada! Y sé, que me viene el brote y el sistema nervioso se acelera y empieza a “patinar”. Por ejemplo, estas bien en la cama y de repente el pensamiento y la mente se disparan y piensas: si es esto y si es lo otro. Supones cosas que no son. Las percepciones se transforman en equívocos y piensas cosas que no son realidad. Percibes cosas conscientes e inconscientes, se te crean ideas que no tienen que ver con las cosas de la realidad en absoluto. Alucinaciones porque crees en una

serie de ideas o ideaciones fantásticas que son delirios: ¡que me matarían! Me sentía amenazado, amenazado en mi paz, en mi vida, ¡era todo un sufrimiento! Cuando yo vi que todas las ideas no eran realidad, pasé de ver la oscuridad a ver la luz y la claridad (Rhodes. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide. Pocos ingresos)

Las alucinaciones¹⁰⁹ y las ideas delirantes¹¹⁰, constituyen los síntomas más prevalentes según narran los informantes. Alucinaciones visuales: *no me noto demasiado orden, veía a mi ex-compañera que era una extraterrestre, no sé si macho o hembra* (Erix. 48 años. Diagnóstico médico: Episodio maníaco con trastorno de conducta). *Muy nervioso, por cualquier cosa me decía feo. Con esos granos en la cara y en todo el cuerpo* (Radamanto. 30 años. Diagnóstico médico: Trastorno disfórmico corporal)

Yo cuando salgo a la calle me ahogo, siento como miedo ¡es una paranoia mía! Pero siento que me van a hacer algo y estoy como insegura. Tengo una opresión, cuando tienes aquí un tope de ansiedad y te ahogas (...) estoy como enfadada, porque con la niña que veo, no sé qué hacer, con las voces no sé qué hacer, ni con la gotera tampoco. Yo cuando veo la gotera también veo agua. Lo de la niña no sé cómo superarlo, pues si le pregunto y me habla... ¡Me acojonaría! Por eso, no le digo nada y si no le hablo, pues no sé qué quiere... La veo cuando estoy despierta. Tampoco la he intentado tocar, ni nada, ella está a un lado y está ahí quieta, igual que hacía la mujer y el hombre. No sé si hay conexión entre ellos, el hombre iba con una gabardina de color negro. El Dr. Kit me pregunto ¿que si habían intentado violarme, forzarme o agredirme? Pues el hombre significaría el miedo que tengo a que me hicieran algo. Pero a mí no me ha pasado nada de eso, ni me han violado, ni me han agredido, ni nada de eso. Y la mujer la he visto menos veces. La veía en el centro de día, que se sentaba en una silla y de golpe y porrazo, cuando mi compañero se sentaba encima ella desaparecía. Yo diferencio lo que veo, de lo que es real. Ese es el problema, lo veo tan real, que me lo creo y pienso que es real. Como si fuera un sueño (Elma. 29 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Alucinaciones auditivas:

En cuanto a mis síntomas, oigo como micrófonos, como si ellos estuvieran hablando, hablan de mis sentimientos, de lo que pienso, que me van a matar, o a

¹⁰⁹ Las alucinaciones son percepciones sensoriales anormales que ocurren cuando la persona está despierta y consciente. Algunas de las alucinaciones más comunes son escuchar voces cuando nadie ha hablado, ver imágenes, luces, seres u otros objetos que no están ahí, o tener la sensación de que algo se arrastra sobre la piel. Las alucinaciones relacionadas con el tacto y el gusto son raras (ShandsHealthCare: 2008).

¹¹⁰ Las ideas delirantes son creencias que habitualmente implican una mala interpretación de la percepción o de las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas (por ejemplo, de persecución, religiosos o grandiosos, de autorreferencia o somáticos). Las ideas delirantes se califican como extrañas si son claramente imposibles e incomprensibles y si no derivan de las experiencias corrientes de la vida (Criterios diagnósticos del DSM-IV: 2008).

hacer daño. La gente habla de mí (...) La televisión me dice cosas, nombra a mi amiga, me insultan, nombran al cantante (...) A veces pienso que Neil¹¹¹ está en peligro porque escucho las voces en la calle, con micrófonos que parece que la gente esté gritando o haciendo algo a él (...) No puedo decir lo que me dicen las voces ¡Uh! Porque me da mucho miedo y me siento amenazada por ellas (Sophia. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

Las voces, una o varias voces, pueden ser desde el exterior de la persona o desde el interior (pseudo-alucinación). Pueden ser conocidas o desconocidas, amenazantes para el propio oyente, para otras personas o para el entorno: *los síntomas es que escucho voces* (Jacinto. 39 años. Diagnóstico médico: Retraso mental). *Los síntomas son nervios y voces y más voces* (Finn. 47 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide). *Oía muchos ruidos, oigo los ruidos aumentados, continúo oyendo los ruidos, más ruidos. No me encuentro bien, continúo viendo que no tengo salida, tengo como frío siempre, estoy destemplado... Me voy a la cama para no ir los ruidos, para ver si se me pasa con el tiempo* (Vara. 51 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo mayor).

Tengo nervios, más paranoia en la cabeza, pienso que me absorben y chupan el cerebro. Las ideas me vienen solas, ideas malas que no quiero porque yo soy buena gente. Me he tirado un año y dos meses encerrado en una celda entre cuatro barrotes. ¡Madre mía, soy peligroso! (Isócrates. 22 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica)

Las alucinaciones están relacionadas con ideas de envenenamiento¹¹² sobre todo con la comida: *me envenenan la comida* (Cora. 36 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia tipo afectiva). *En el cola-cao había tóxicos, olía raro. No quería comer porque estaba enfadado. Cada tres horas comía palomitas, mantecados, chocolate (...)* *Me guardé el cola-cao para tener pruebas* (Adonis. 29 años. Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide).
Se pueden acompañar de percepciones táctiles:

Vi unas cosas que explicaba de mí en su ordenador. Y vi que me las mandaba a través de mail y dije ¡ostia algo malo está pasando! y era cuando me sentía observado. Y me acuerdo que sentir a mi madre diciendo que necesitaba un psicólogo (...) Antes de venir aquí era el olfato, pues me rocíe con espray las mucosidades y me pasé con él. Cuando noté ese espray, era como si se me repartiese por todo el cuerpo. Creo que me intoxicada y me infectaba, bueno esa

¹¹¹ Cantante de los Pet Shop Boys.

¹¹² En relación a estas ideas de envenenamiento los sujetos piensan que los culpables suelen ser su familia.

era mi idea, pero los análisis decían que no. Mi madre me dio un spray que estaba caducado, lo vi después de ponérmelo. Lo vi todo negro y entonces me empecé a sentir mal. Las voces ya las tenía (Dion. 18 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica)

Tener telepatía o saber lo que piensan los demás también son síntomas: *creo que oigo lo que los otros piensan* (Ulises. 23 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

Otros simplemente se sienten amenazados o vigilados: *ella ha salido de su casa porque allí la vigilan, la observan y todos vienen a buscarla* (Hijo de Gea. 83 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica).

Tenía ideas extrañas otra vez, ideas de que mi hermano me quería atacar y que la gente me quería agredir. Yo me digo que esto no es real. Hay cosas que no puedes parar "lo que piensa tu cabeza no lo puedes evitar". La cabeza te sigue dando vueltas, pero en ese momento no te paras, actúas. Sin embargo al rato, te dices esto no es así (Raissa. 29 años. Diagnóstico médico: Trastorno psicótico)

Lo viven tan real que les provoca miedo e incluso pánico:

Mis síntomas, pues aviones, vale que tienen que vigilar el espacio aéreo, porque ha habido muchos atentados últimamente, los satélites. Vale que puede ser el meteosat u otro satélite, pero se ven enfocándose. Es una pasada que yo me lo crea y que me hagan ver que no es verdad, la demás gente, mi familia, mis amigos y los médicos... pero es tan real que es el miedo que me da, lo vivo real. Sí, lo vivo real en el momento que estoy axial, no me aclaro, para mí es real, cuando estoy más estable o compensado ya lo dudo, las sensaciones de ver las cosas son menores, de las películas, de los anuncios, de la música de todo. Es complicadillo. Y yo sigo teniendo esas ideas y me asusto, me rebelo, mi mente dice que son unos hijos de puta, me cago en sus muertos, pero yo soy así ¡yo sí Jano y soy así! Y hablo de una manera abierta y libremente. Y cuando tengo los síntomas psicóticos me pongo malísimo (...) Pero ¡yo que he hecho para sentirme observado, controlado! Pero si yo soy normal. Suena el móvil y tengo miedo que el móvil esté conectado con el estado. Yo que sé... Ahora te hablo como fantasía, pero que a veces lo oigo tan real ¡que es mi verdad! Con la cual no puedo luchar ¡esa es la rabia que me da! Pero es una lucha interna. Podemos cambiar de tema (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar)

Mi hijo tiene por ahora una paranoia de que lo persiguen y, el otro día fue a cenar con los amigos y cuando volvió me dijo: mama llévame si me quieres llevar, que voy a ir otra vez porque esta noche me dio una paranoia de que todo el mundo me miraba, y lo pase de mal y les dije a mis amigos que no me encontraba bien (Maia, madre de Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

También encontramos la falta de atención, concentración y pérdida de memoria: *tiene mucha falta de concentración y aparte ella no ejercita, yo se lo digo muchas*

veces. Ella no lee, también le digo haz cualquier cosa para que ejercite la mente
(Madre de Maggie. 19 años. Diagnóstico médico: Trastorno somatomorfo)

Pero quizás es una falta de concentración o interés, como si pasará. No piensa directamente, dice “no me acuerdo”. Respuesta directa. Hay cosas que si que se acuerda y otras que no se concentra. A lo mejor se acuerda si se pone a pensar. Siempre le ha gustado dormir pero con la medicación más. No se entera tampoco de lo que dice la tele, ni las revistas. No entiende lo que lee, tiene que leerlo varias veces y no lo entiende, ni comprende. La hermana le lee cuentos que son para niños de nueve años y me dice: “que se los lee varias veces y no los comprende”
(Padre y madre de Elma. 29 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Las ideas delirantes y las alucinaciones podrían estar directamente relacionados con el consumo de drogas: *el cannabis y la maría, te dejan zumbao* (Jacinto. 39 años. Diagnóstico médico: Retraso mental).

Agresividad en el primer ingreso. Sentía que la gente me miraba (no hablaban de mí) en este ingreso oía voces. Ahora veo cosas raras (cierro la puerta y está abierta, el cuadro de mi hermano me sonrío. Creo que todo esto me pasa por las drogas (Odell. 21 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

También encontramos quién presenta fuga de ideas, siendo el resultado un diálogo incoherente:

Tenemos muchos algo del cerebro, baja moral. Para mí no existe la depresión, no me gusta hacer siempre lo mismo, me da esa enfermedad de tener un horario y esto me es muy difícil. Por las manos de los médicos pues ellos tienen más idea que nosotros y pensando en los demás, me han perjudicado a mí. A raíz de esta estancia en Torribera psiquiátrica, yo cruce esta puerta en tinieblas y, se dirigieron a mí unas personas en un grupo y, al entrar todos a la vez pedían sus necesidades. Mi mente más privilegiada que para mí a no pertenecer a ninguna psiquiatra, sino que era ciega comprendí donde estoy y al saber perdonar y a ponerme interiormente principios que si no tienes capacidad mental acabas mal (Colin. 64 años. Diagnóstico médico: Dependencia alcohol)

Después de las alucinaciones e ideas delirantes encontramos también como síntomas: depresión, estados de nervios, ansiedad, agresividad, enfado, rabia, impotencia, tristeza, preocupación, confusión, desgana, todos ellos constituyen el núcleo principal de los principales síntomas característicos de las enfermedades mentales: *llora, temblores, lo que pasó fue de pronto y no te lo puedo decir* (Madre de Hera. 33 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica). *Me inquieto, me pongo nervioso. Aunque seas una persona calmada, es como buscar un cabreo, o enfadarte, pues es lo mismo.*

Cuando estás mal te enfadas (Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide).

A veces los familiares no explican lo mismo que los enfermos: *y él estaba en el ordenador y escuchó voces que le venían buscando y que le iban a violar, no sé si dijo 6 o 7. Y yo le decía no, allí fuera no hay nadie ¡ya verás cómo ahí detrás no hay nadie! Pero dijo ¡no, no, no, que están ahí, que los oigo, que están ahí!* (Padre de Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide).

Otros síntomas son somáticos: tener azúcar, no poder caminar y algunos no presentan síntomas: *no tengo síntomas. Me encuentro bien* (Apolo. 47 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide).

Los sentimientos de culpa, también pueden ser síntomas: *tengo muchos sentimientos de culpa, sobre todo por mi familia, pues ahora que he hecho esto, pienso que les preocupo y no quiero. Soy una mala hija* (Dasha. 31 años. Diagnóstico médico: Reacción de adaptación depresiva breve).

Existen síntomas que no son fáciles de reconocer por los familiares y son difíciles de creer:

Existe un desconocimiento de la enfermedad mental y de sus síntomas. Yo sé que los chicos que matan a las madres la mayoría tienen esta enfermedad, pero porque yo soy una persona que ha estudiado una carrera... Pero, tampoco te preocupas, yo la palabra esquizofrenia no la oí hasta el tercer brote, ahí empecé a oírla y a creérmela. Si la primera vez me lo dijo el doctor ¡yo no lo oí! y es que me levanto y ya no vuelvo. Sólo me decía es que su hijo oye voces, y él me decía delante del psiquiatra, “mama es que yo no oigo voces” y me costó mucho creerme que mi hijo oía voces (Maia. Madre de Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Por último, no quería acabar sin asociar los síntomas de los informantes con las etiquetas médicas (Véase Tabla 7)

ESQUIZOFRENIA	PSICOSIS, TRASTORNO PSICÓTICO	DEPRESIÓN TRASTORNO BIPOLAR
Alucinaciones visuales, auditivas y Olfatorias (voces, paranoias)	Alucinaciones visuales	Insomnio
Ideas delirantes y extrañas: (envenenamiento, persecución, paranoias)	Ideas delirantes y extrañas (envenenamiento, persecución, paranoias)	Abulia
Ansiedad	Ansiedad	Apatía
Aislamiento	Aislamiento	Tristeza
Miedo	Nervios	Ansiedad
Inquietud	Tristeza	Inquietud
Insomnio	Labilidad emocional	Labilidad emocional
Abulia	Temblores	Alucinaciones visuales
Apatía	Agresividad dirigida a otros y hacia uno mismo	Sentimientos de culpa
Tristeza		Agresividad dirigida a otros y hacia uno mismo
Labilidad emocional	INFORMANTES	
Temblores	Gea, Raissa, Dion, Muriel,	INFORMANTES
Déficit y abandono de las AVD	Xylon, Leónides.	Jano, Vara, Rena, Erix, Isócrates, Dione, Eros, Dasha.
Pérdida de memoria		
Falta de concentración		
Agresividad dirigida a otros y hacia uno mismo		
INFORMANTES Sophia, Rhodes, Otis, Argos, Megan, Jasón, Odell, Yurena, Elma, Adonis, Ajax, Tess, Cora, Finn, Ulises, Juno, Vesna, Apolo, Cosmo, Marmara, Sibyl.		

Tabla 7. Principales síntomas asociados diagnósticos médicos. Elaboración propia.

Algunos de los síntomas son compartidos por diferentes diagnósticos médicos: ansiedad, labilidad emocional, tristeza, impulsividad, agresividad hacia uno mismo o dirigida a los demás, etc. A mi modo de ver, para diagnosticar se necesitan entrevistas amplias y exámenes muy minuciosos para evitar colocar una etiqueta errónea a un individuo. Yo me pregunto ¿cómo se puede colocar una etiqueta diagnóstica, si los síntomas son los mismo? Jano, refiere haber tenido tres etiquetas diagnósticas, ¿Cómo puede darse esto? Quizás estos exámenes y entrevistas no llegan a ser lo profundas que se necesita y aquí radique la cuestión. A continuación los principales síntomas de la esquizofrenia (Véase tabla 8)

ALUCINACIONES	SINTOMAS POSITIVOS
DELIRIOS	
DESORGANIZACION CONCEPTUAL	
CONDUCTA ESTRAFALARIA	
ALOGIA	SINTOMAS NEGATIVOS
AFECTIVIDAD APLANADA	
ABULIA	
ANHEDONIA	
TRASTORNOS EN LA PERCEPCION	SINTOMAS COGNITIVOS
PENSAMIENTO DEDUCIBLE	
TRASTORNOS DEL LENGUAJE	
COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO	
TRASTORNOS CONCEPTUALES	

Tabla 8. Principales síntomas asociados diagnóstico médico esquizofrenia. Buisán (2013) .

Hasta aquí, los relatos sobre los síntomas y su percepción, pero ¿qué síntomas creen son más prevalentes? *La mayoría cursan con ansiedad y con inquietud* (Adara. Estudiante especialidad salud mental). *Violencia hacia sí mismo y hacia otros. Tristeza y apatía. Exceso conductas amorales. Obsesiones. Descontrol auditivo y visual* (Moses. Auxiliar de enfermería)

Apatía, agresividad, temblores, insomnio, melancolía, compulsividad, hostilidad, síndrome de abstinencia por tóxicos y medicación psiquiátrica. Si, por ejemplo taquicardias, temblores, aumento del apetito, disminución de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria e impotencia (Pandora. Enfermera)

Las voces. Si yo escuchara voces actuaría de otra forma totalmente diferente. Deben de sentirse súper angustiados y ansiosos. No sé, no me imagino porque nunca he escuchado voces, pero me imagino lo que sería tener dentro una voz que te diga mata o o que te persiguen, ¡debe ser lo peor del mundo! He visto, que

cogían los cascos y que de repente subían el volumen como para no oírlos (Anaís, Persephone. Estudiantes de enfermería)

Estos síntomas son percibidos durante la hospitalización en la unidad de H4 y en el servicio de urgencias ¿se perciben los mismos síntomas? *trastornos de conducta, ansiedad, síntomas psicóticos* (Electra. MIR de psiquiatra). *Los síntomas psicóticos, ansioso depresivos y los relacionados con consumo de tóxicos* (Livana. MIR de psiquiatra). *Descontrol de los impulsos, desorganización de la conducta, ansiedad desbordante, ideas paranoides de daño y perjuicio, agitación, tristeza, abulia, autoabandono, ideación suicida, síntomas de intoxicación por sustancias* (Dr. Myles. Psiquiatra de agudos). Aparentemente sí. Acompañando a los síntomas propios de la enfermedad, puede parecer síntomas añadidos, es decir, efectos secundarios que pueden producir los fármacos: *yo creo lo que me dicen los prospectos y lo que me dice y explica el paciente y en general son muy frecuentes* (Adara. Estudiante especialidad salud mental).

Por último, convido al lector a leer el siguiente resumen:

Los síntomas variarán en función de su propia patología, desde alteraciones del pensamiento, insomnio, ansiedad, hiperactividad, desgana, ideación delirante, intentos autolíticos, agresividad hacia otros y hacia uno mismo, desorganización conductual, ingesta de sustancias tóxicas, alteraciones del estado de ánimo, del nivel de conciencia, en la esfera afectiva. Los síntomas de la esfera psíquica: alteración de los procesos del pensamiento, alteraciones sensorio-perceptivas con ideas autorreferenciales, así como distorsión de las mismas y alteraciones del curso del pensamiento. Cada vez más, paralelo al tiempo en el que vivimos y sus propias circunstancias, hace que todo lo social se vea de una manera u otra reflejado en términos de comportamiento personal. Por un lado, la sintomatología ansiosa debida a la problemática económica, que deriva en muchas ocasiones en apatía, abulia, astenia y en un diagnóstico de trastorno depresivo, mayor o menor, con o sin intento autolítico. Y por otro, la agresividad, especialmente la heteroagresividad hacia los otros por una falta del control de los impulsos y un consumo de tóxicos, como el alcohol, que va en aumento. La gente no posee dinero, pero consume para olvidar. Otro punto importante es el aumento de pacientes de otros países, con barreras idiomáticas importantes y otros hábitos culturales, donde se puede observar, aislamiento social, disminución de la interacción verbal y alteración en los hábitos higiénicos por defecto (Irene. Enfermera)

En conclusión, la sintomatología más prevalente va ligada al momento social, familiar y personal de cada individuo.

Otro punto importante, ya mencionado anteriormente, es el lenguaje empleado por los profesionales y por los enfermos. El Dr. Kit escribía:

Hablamos con la hermana y el hijo de la paciente. Refieren situación familiar hace 10 años con alguna diferencia. En ambos episodios existe un factor estresante previo (fallecimiento familiar). El hijo comenta que estos últimos días refería alucinaciones auditivas en forma de insultos (...) Paciente con ideación autorreferencial y persecutoria. Refiere que recibe mensaje a través de cosas cotidianas, que no acaba de describir con exactitud. Es algo dirigido a ella con contenido persecutorio sin poder describir el mensaje. Refiere la presencia de dos personajes imaginarios con los que convive desde la infancia, siendo diferentes entre ellos, uno más masculino y otro más femenino de los cuales recibe buenos consejos. No refiere alucinaciones en forma de voces ni visuales. Refiere la presencia de un chip a partir de un corte de tendones en el dedo de la mano, tras corte accidental por el que explican que la controlan. Todos estos fenómenos no tienen por el momento ninguna repercusión conductual. La paciente refiere que por esta vivencia delirante tiene intención de cerrar su negocio e irse. Refiere como interpretación a esto que le sucede que podría ser que alguien tuviese intención que le cerrasen el negocio. La paciente refiere que anteriormente fue tratada con perfenazida a dosis bajas con mejoría clínica. Se retira risperidona (antipsicótico atípico) y se inicia perfenazida (antipsicótico de la familia de las fenotiazinas) 8 mg/día. Se solicita sedimento, bioquímica, hemograma y hormonas (Dr. Kit. Psiquiatra de agudos)

Del relato del Dr. Kit se desprende que el tipo de exposición y estructuración es de tipo neokraepeliano¹¹³. El Dr. Kit se sirve y utiliza instrumentos metodológicos, como las nosografías o las clasificaciones internacionales como el DSM-IV y la CIE-10. Clasificaciones que encasillan a los pacientes desde los síntomas, que éstos expresan en cuestión de minutos, síntomas subjetivos que el terapeuta o psiquiatra traduce a su propio lenguaje, el cual es supuestamente universal y adecua según los diferentes ítems reflejados en las clasificaciones de los trastornos mentales, Escudero et al (2008). En los informes lo importante es la agrupación lógica de los síntomas, con el objetivo de llegar a un diagnóstico, sea éste un *trastorno psicótico* o un *trastorno delirante* o bien, un *síndrome paranoide agudo*. Síntomas como *ideación autorreferencial* y

¹¹³ En la asistencia actual conviven dos tradiciones clínicas divergentes: la dominante que se basa en la obra de Kraepelin (psiquiatría biologicista, donde el tratamiento farmacológico es el máximo exponente) y la del tratamiento moral de Pinel y Tukey (donde el paciente puede elegir aceptar o no un tratamiento).

persecutoria, vivencia delirante, son relacionados con antecedentes, inicio de la sintomatología y también a partir de una lógica psicofisiológica:

La razón no es un rechazo de las posibles relaciones causales entre síntomas y procesos fisiopatológicos, sino el hecho de que las causas o procesos etiopatogénicos de estos (presumibles procesos son hasta el momento hipotéticas: no existe hoy por hoy una prueba biológica que permita discriminar un síndrome paranoide agudo o una idea de autorreferencia como realidades positivas (Martínez, 1998: 653)

A partir del diagnóstico del paciente, el psiquiatra revisa la ficha técnica de los fármacos y prescribe la medicación indicada para ese trastorno, asemejándose a un mero apéndice del laboratorio farmacéutico, añadiendo la realización de pruebas complementarias como analíticas, tomografías (TC) o resonancias (RM). Uno de los problemas de la psiquiatría neokraepeliana es precisamente la manipulación dentro del ejercicio clínico de *tratar a los síntomas como si fueran signos y de los guiños como si fueran tics*, según Martínez (1998).

Los relatos de los sujetos sobre sus experiencias con los síntomas coinciden en su mayoría con los diagnósticos que los profesionales han señalado como más prevalentes. De este modo, por un lado, los médicos hablan de un origen genético y biológico de la enfermedad, pero por otro lado, recuperan, sistematizan y convierten las palabras de las personas en síntomas que son considerados como *universales y naturales* a través de los que diagnostican y etiquetan según sus taxonomías. Por ello, señalar que la "enfermedad" queda sumergida e imbricada en los síntomas, en la etiología y en las explicaciones causales que brindan los enfermos. Estos relatos reflejan que no existe un único síntoma, sino que son presentados como asociaciones de síntomas (psiquiátricos, no psiquiátricos, somáticos, etc.) y ligados a una etiqueta diagnóstica.

El síntoma se refiere a *una manifestación del paciente*, es decir, una percepción subjetiva que se presenta como una interpretación que elabora el paciente sobre una serie de sensaciones corporales, psíquicas y emocionales *como podrían ser me duele el estomago o estoy mal de los nervios*. El síntoma es verbalizado por el individuo y responde a las necesidades de expresión del emisor. Pues todos ellos forman parte de la experiencia vivida, interpretada, expresada y por tanto de la propia identidad de

cada persona, ya que, el proceso del enfermar conecta todas las esferas del individuo, incluyendo el mundo social como un ser corporal. Kleinman et al (2000) sugieren la categoría *social suffering* o sufrimiento social, que aprecia la manera como se entremezcla el universo social con el ser corporal o (body-self). En este punto, la etnografía puede entrar en conflicto con la lectura clínica. Pues, el síntoma cuyo significado etimológico es el de coincidencia, puede ser estudiado desde diferentes disciplinas: bien por la psiquiatría neokraepeliniana o por la antropología interpretativa. Como dice Martínez (1998):

Solo que, en el fondo estamos ante diferentes conceptos y problemáticas. Y es que mientras para unos la elación de coincidencia se establece entre manifestaciones y procesos fisiopatológicos, para otros se produce entre significados y contextos culturales (Martínez, 1998: 658)

Pero mientras se estudian los síntomas, bien sea desde una perspectiva u otra, los enfermos continúan oyendo sus voces, con pánico y sin tener una solución o una cura ¿cómo nos sentiríamos nosotros si escucháramos que nos amenazan, nos insultan y nos dicen que nos infligamos daño? Yo sentiría un miedo atroz y si sintiera amenazada mi integridad física o la de un ser querido, seguramente intentaría defenderme sin pensar en las consecuencias reales de mis actos. Estas se convierten, según los profesionales y las personas que se suponen “normales” en “comportamientos y conductas extrañas, alucinaciones, delirios y paranoias” en una palabra en síntomas. Como dice Kleinman (1985) y es el núcleo del debate:

We can demystify the clinical construction of social reality and illuminate the cultural construction of clinical reality (Kleinman, 1985: 69)

9.- EL DURO CAMINO DEL TRATAMIENTO Y LAS OTRAS TERAPÉUTICAS: la torre de Babel

For me, the solution was finally getting away from psychiatric drugs and actually healing my body so I wouldn't have the symptoms that are called mental illness.

Margot Kidder

Si tomamos en cuenta la historia de la humanidad en su conjunto, el concepto de *enfermedad mental* resulta ser muy reciente. En la antigüedad se pensaba en términos de maldición divina. Durante algún tiempo se habló de desequilibrio, luego de posesión demoníaca y más adelante de alienación social. Dependiendo de la cultura y la época, lo que el desequilibrado, poseído o alienado recibía por parte de su comunidad era castigo, aislamiento, exorcismo o marginación (Malpica, 2012).

El conocimiento del tratamiento de lo que puede denominarse la patología mental ha ido de la mano de la evolución de este concepto. A continuación presento un breve resumen (citando con sus propias palabras, por ello, aclarar que la autoría no es mía) del tratamiento de las enfermedades mentales desde el periodo clásico hasta el moderno, según la obra de la *Historia de la psicofarmacología*, Tomos I y III de López-Muñoz, Álamo (2005), pues actualmente es la obra más completa dedicada al desarrollo de la psicofarmacología.

9.1. - TRATAMIENTOS: una aproximación histórica

En tiempos de Aristóteles se utilizaba un tratamiento para las enfermedades mentales de corte físico, que estaba dirigido a provocar la purgación del humor sobrante: dietas magras, fisioterapia, ejercicios evacuantes, baños, azotes con ataduras, ventosas, sangrías, vómitos, diuréticos (ajenjo) y purgantes (tanto suaves como mezcla de tomillo y áloe, y fuertes como la coloquintida y eléboro negro) sin olvidarnos de la *terapéutica de la embriaguez*, pues el vino era considerado un psicoterápico.

Con Galeno, los medicamentos empleados en los estados psicopatológicos incluían: opio, eléboro, mandrágora y beleño, además de remedios que consistieron en medidas dietéticas y fisioterápicas, según López-Muñoz, Álamo (2005).

No podemos olvidar el Medievo, con sus procesos inquisitoriales y la caza de brujas y donde la terapéutica actuaba sobre la causas (López-Muñoz, Álamo; 2005).

La labor de los médicos humanistas también fue extraordinaria sobre todo en el campo de la terapéutica. Consecuentemente, el tratamiento de este periodo concedía más importancia a la dietética que a la atribuida al medicamento. Sólo cuando los hábitos de vida, especialmente en lo relativo a la ingesta de alimentos y bebidas, no llega a corregir en la medida deseada el desequilibrio humoral al que se atribuye la sintomatología, resulta necesario equilibrar con “drogas” las cualidades destempladas. Esto no debe hacer pensar que el arsenal farmacoterápico era escaso. El eléboro sólo, ocupaba un puesto de preeminencia en esta farmacopea. El vómito, igual que, la diuresis, la diaforesis, la diarrea o la supuración, traducen esa expulsión de lo sobrante y nocivo al exterior del organismo y permite esperar la recuperación de la eukrasía, la buena mezcla de los humores en qué consiste la salud.

En Francia, cuando un loco era ingresado en el hospital general se le purgaba con eléboro, lo que le producía vómitos, calambres, convulsiones y pérdida de conciencia. Purgación física, se le administraba una *dosis* de latigazos y una purificación religiosa derivada de la condición misma de la locura, que es concebida como castigo divino.

No todo en la farmacopea empleada en el periodo moderno provenía del legado clásico. No se puede olvidar que en sus comienzos acaba de descubrirse *un Nuevo Mundo* poblado de nuevas especies botánicas: el palo de guayaco, venido de América y supuesta terapéutica para una nueva plaga: la sífilis y el opio obtenido de la adormidera, procedente del viejo mundo. Muchas de las cuales pasarían a formar parte del arsenal terapéutico occidental. En general, los medicamentos utilizados seguirán siendo sustancias naturales, procedentes del reino vegetal cuyo efecto intenta explicarse desde la teoría médica procesada por quién las administra. Estas teorías, durante buena parte del periodo hasta casi entrado el siglo XVIII serán el galenismo, la iatromecánica y la iatroquímica.

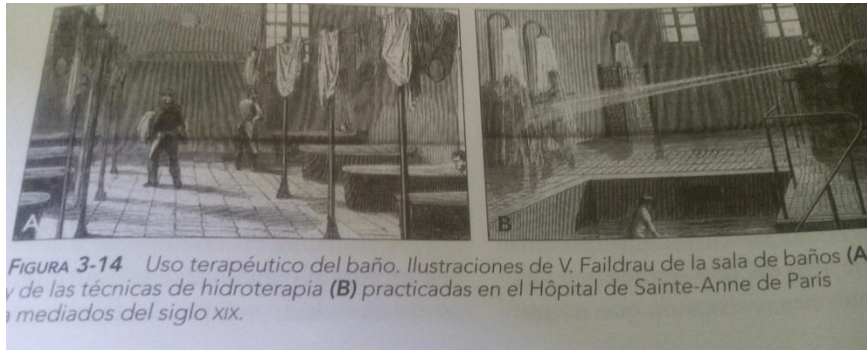
En el siglo XVII, surgió la escuela médica de orientación mecánico-matemática llamada *iatromecánica* o medicina mecánica, que toma como modelo la física. Sus autores construirán un sistema basado en el análisis de las estructuras y funciones del cuerpo humano, tanto en el estado de salud, como en el de la enfermedad, que se apoya en

esquemas y leyes tomadas directamente de la mecánica y la cinemática de Galileo Galilei. Para ellos, todas las enfermedades, incluidas las del sistema nervioso, son resultado de problemas mecánicos.

Otro tanto ocurre con la segunda escuela, la iatroquímica o medicina química. Esta escuela interpretará los trastornos de la salud como resultado de procesos químicos anómalos acaecidos en el interior del cuerpo. El origen de este pensamiento se encuentra en la obra de Paracelso. El valor de sus aportaciones fue propiciar la entrada del laboratorio en la manipulación de las sustancias naturales con efectos presuntamente terapéuticos.

La psiquiatría desde entonces, se basa en la hipótesis central de los desequilibrios, aunque ya no de humores, sino de neurotransmisores químicos. Bajo esta lógica, la carencia o sobreproducción de neurotransmisores dentro del cerebro humano da pie al surgimiento de las llamadas *alteraciones mentales*, básicamente divididas en psicosis y neurosis. La excepción la encontramos en la medicina persa que hasta la segunda mitad del siglo XX no seguía ningún tipo de enfoque científico para tratar la enfermedad mental. A pesar de ello, utilizaban ciertos psicoactivos: alcanfor, mandrágora, cicuta o vinos a los que se añadían especias, junto con métodos que generaban algún grado de violencia física, tales como el cautiverio, los baños con agua helada, (Véase fotografía 6) el semiahogamiento, las crisis provocadas por electroshocks o las terribles lobotomías.

Al cruzar las puertas de un manicomio lo que se veía era realmente aterrador: personas aullando, atormentados en camisas de fuerza o amarrados a sus camas mediante sábanas, correas e incluso cadenas; mientras otros yacían en un silencio sepulcral, perdida la mirada, *abandonados a su suerte en los agobiantes laberintos de sus propios pensamientos*.



Fotografía 6. Uso terapéutico del baño.

La historia oficial de la psiquiatría cuenta que hacia 1955 las cosas cambiarían gracias a la introducción de nuevas *drogas* que, aunque no curan las llamadas enfermedades mentales, logran calmar la violencia y aliviar los ataques de ansiedad o angustia (Véase tabla 9)

TABLA HISTÓRICA

FECHA	TRATAMIENTOS
9.000 a.C.	Ritos mágicos, hechizos, sacrificios, plantas
4.000 a.C.	Adormidera
3000 a.C., Mesopotamia	Exorcismos Plantas (mirto)
2.000 a.C., China	Acupuntura y <i>moxibustión</i>
1.000-1.500 a.C., Egipto	Purgas Plantas (<i>cannabis</i> , mandrágora)
300-400 a.C. Grecia	Anestesia inhalatoria Electroestimulación (anguilas)
S. I-Roma	Polifarmacia
S. II-XVII	Curares, éter y <i>Laudanum</i> Crioanalgesia y analgesia endovenosa
S. XVIII	Mesmerismo y electroterapia Anestesia moderna
S. XIX	Hipnosis, terapia física Aspirina, óxido nitroso, éter y opioides Anestésico local y analgesia peridural
S. XX	Fenolización Analgesia multidisciplinar Cordotomía, lobotomía, neurotomías Estimulación talámica Neuromodulación

Tabla 9. Tabla Histórica de tratamientos. Disponible On Line.

En http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462005000600007&script=sci_arttext

Continuando con López-Muñoz y Álamo (2005), la medicina de siglos pasados ha intentado evacuar los males con sangrías, purgantes, vomitivos o productos que han sobrevivido en la medicina popular, como el polvo de cráneo de una persona víctima de muerte violenta, telarañas, nido de golondrina, orina humana y ojos de cangrejo. No es de extrañar entonces que muchas de las terapéuticas estuvieran impregnadas de este tipo de connotaciones, asociándose asimismo a prácticas casi exclusivamente coercitivas. Mientras que la cultura popular ha recurrido a diferentes remedios creenciales y naturales, la medicina de siglos pasados ha utilizado tratamientos más agresivos (Véase ilustración 5)



Ilustración 5. Diferentes tipos de tratamientos.

● **Plantas medicinales y de síntesis química.** Los medicamentos de síntesis química resultan de la obtención de un solo principio activo, normalmente también con una única acción terapéutica rápida, exacta, específica, potente y eficaz. Popularmente las infusiones de romero han sido ampliamente utilizadas para *calmar los nervios*, igual que la cola de caballo (*Equisetum*) o la ruda (*Ruta graveolens* L.) a la que se atribuyen poderes contra los malos espíritus y las brujas. Si bien su acción suele ser más lenta y según Jiménez (2007), más persistente en el tiempo; no es frecuente la aparición de efectos de rebote, o de resistencias, o provocar adicciones o efectos tóxicos, pero hay que tener presente que las plantas medicinales también tienen sus limitaciones y efectos secundarios que son precisos conocer. Algunas de ellas son: romero, ruda, ricino, etc.

● **Piroterapia.** Es el tratamiento a base de picos febriles, introducido por Julius Wagner-Jauregg (1857-1940) en 1917. Inoculó el paludismo para tratar la parálisis general progresiva sifilítica, siendo la técnica aplicada en otras enfermedades psiquiátricas. Recibió el Premio Nobel de Medicina en 1927 (Véase foto 8)

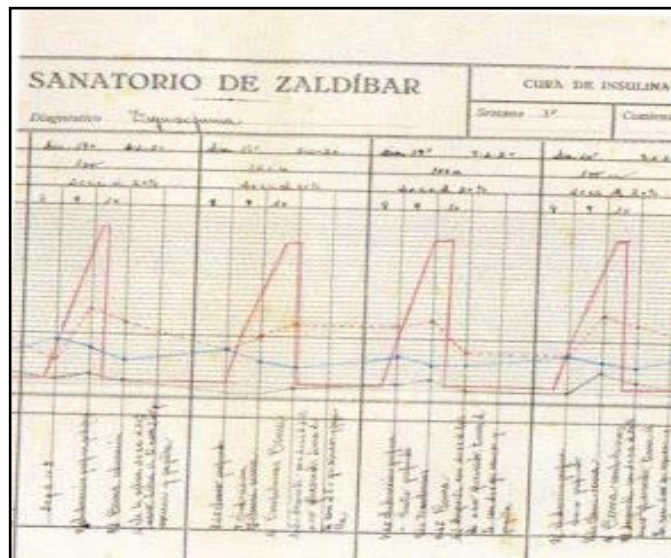


Foto 8. Registro de Piroterapia.

Ophelia comentaba:

También se utilizaba la trementina: ésta se pinchaba y provocaba grandes febradas en el paciente. Se pinchaba en el glúteo y te daban unos picos febriles. Las farádcas, se utilizaban sobre todo para los alcohólicos; eran pequeñas descargas que cuando iban a coger o tomar vino le daban las descargas ¡Terapia conductista! (Ophelia. Auxiliar de enfermería)

● **Insulinoterapia o cura de Sakel.** Fue un método inventado en 1932 por Manfred Joshua Sakel (1900-1965), y muy extendido en los años 40 y 50. Consiste en la provocación de repetidos comas hipoglucémicos y convulsiones tras la administración de insulina. Los pacientes eran recuperados con soluciones azucaradas introducidas a través de una sonda.

● **Camisa de fuerza.** Es el símbolo de la psiquiatría más coercitiva y del furor de la enfermedad. Aunque no se utiliza en nuestro entorno, se sigue empleando en otros países occidentales en los que hay limitaciones para la utilización de psicofármacos en contra de la voluntad del paciente.

● **Sujeción mecánica o correas.** Sigue siendo necesaria en casos de agitación o desorientación, en cuadros secundarios a enfermedad mental, intoxicación por drogas,

demencia y algunos cuadros médicos y de recuperación postquirúrgica. En estos casos, se exigen protocolos de actuación y supervisión estricta para garantizar una práctica legal y ética. Todos los profesionales trabajan en un entorno donde la estandarización del trabajo está bajo el dominio de protocolos, normas, procedimientos, guías de trayectoria clínica, circulares, cronogramas de trabajo, etc. Estos procedimientos, protocolos, circulares, etc., son guías donde se definen las actuaciones que hay que seguir en ciertos momentos y que son de obligado cumplimiento. Lo que supone un *arma de doble filo*, pues protegen a los profesionales cuando los cumplen correctamente y los exponen cuando no los siguen adecuadamente, evidenciando una errónea o mala praxis. Ilustraré esta cuestión ofreciendo unas breves pinceladas de algunos de los protocolos existentes en el proceso de hospitalización.

Actualmente existen tres protocolos que tienen un papel relevante en las unidades de agudos: el protocolo de ORA (Riesgo de autolisis o suicidio), el protocolo de ORCI (Riesgo de conductas imprevistas) y el protocolo de sujeción mecánica. Además también existen procedimientos, como el de Evasión, que se conoce como *la famosa Circular número 25*. Estos protocolos marcan las actuaciones que los profesionales deben de seguir.

En el protocolo de ORA y de ORCI se debe observar, vigilar y anotar cada hora cómo se encuentra el interno, dónde está y qué hace. Estos protocolos deben de ser revisados cada 24 horas por el psiquiatra de referencia; éste es el responsable de finalizarlo cuando el riesgo haya desaparecido y de prescribirlo en las indicaciones médicas cuando aparezca una situación de riesgo. La hoja de indicaciones médicas marca las pautas que se deben de seguir con cada paciente: si el usuario puede salir acompañado o no, por familia o enfermería, si puede recibir visitas o no, frecuencias de las constantes vitales, si se debe de llevar un control de la glicemia, etc. También puede o debe añadir ítems como contención mecánica si precisa, protocolo de ORA o ORCI entre otros.

La circular número 25 es una circular de procedimiento que se activa cuando un usuario literalmente se *fuga de la unidad*, o si éste se encuentra de permiso y no regresa en la fecha y hora estipulada por el psiquiatra. O cuando el interno sale a pasear con la familia y no regresa a la planta. Estas salidas deben de estar autorizadas,

pues, la normativa de las unidades de agudos prohíbe al usuario salir solo, así como estar con ropa de calle dentro de la unidad, debido a que tiene que estar con pijama. A continuación, definiré brevemente, el protocolo de sujeción mecánica que es un protocolo muy polémico desde tiempos remotos y actualmente en continuo debate.

Desde el inicio de los tiempos el enfermo mental ha sido considerado como un problema, que en muchas ocasiones se solucionaba a través de la reclusión y el confinamiento (Yoston, Haw; 2009; y Foucault; 1998). Encerrarlos y encadenarlos revelaba el miedo que padecía la sociedad ante estas personas. Esta actitud se fue prologando en el tiempo hasta nuestros días. Este enfoque de miedo y desconfianza hizo que otras personas trataran de humanizar el cuidado de estos enfermos, reduciendo la media de contención utilizadas (Colaizzi, 2005, Huertas Del Cura, 2004). Lo que generó, diferentes actitudes que a lo largo de la historia, han conservado los diferentes profesionales ante la sujeción. Este hecho ha dificultado un consenso para suprimir este comprometido procedimiento o protocolo. Además, no debemos olvidar que *privar al individuo de su libertad*, puede generar consecuencias legales. Según el protocolo de contención del Hospital Universitario San Cecilio en Granada (2007):

Uno de los derechos fundamentales de los pacientes es el de proporcionarle cuidados de calidad y asegurarnos siempre la seguridad para los mismos. Tal como indican organizaciones a nivel mundial como es la OMS y otras, la Seguridad del Paciente debe ser centro de las políticas sanitarias de todos los países. Los pacientes como consecuencia de algunas patologías pueden agitarse. Esta agitación puede poner en peligro la seguridad para él mismo y el entorno; o poner en peligro su programa terapéutico y su integridad física o la de otros. De aquí viene la necesidad a veces de una “Contención Mecánica” o “Inmovilización” (...) Es cierto que hablar de “Contención Mecánica” se asocia a procedimientos o técnicas utilizados en Unidades o Servicios de Psiquiatría. La práctica y estudios estadísticos que se ofrecen indican que en las Unidades Médico-Quirúrgicas y de Cuidados Críticos y Urgencias es dónde también se dan en un porcentaje alto (...) La “Sujeción física de un paciente, como medida extrema para evitar daños al propio paciente, a otras personas y el entorno físico que lo rodea. Asimismo esta actuación tiene una serie de connotaciones éticas y legales muy importantes (...) El paciente no es capaz de controlar su comportamiento y es responsabilidad de los profesionales proporcionarle dicho control. Dado el carácter extremo de la medida y que se trata de una intervención no carente de riesgos, hay que garantizar que su uso sea realmente excepcional y que cuando la contención mecánica sea realmente necesaria, su duración sea lo más breve posible y su aplicación se desarrolle en condiciones óptimas para el paciente. En alguna bibliografía aparece el término de “restricción de movimientos” como una generalización del término “contención mecánica” y se puede definir como el uso de maniobras físicas o

mecánicas dirigidas a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, con el fin de protegerlo de las lesiones que pudiera ocasionarse a sí mismo o a otros. También podremos ver el término “sujeción terapéutica” (Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Cecilio, 2007: 5-6)

En las unidades de hospitalización de Torribera, aplicar el protocolo de sujeción mecánica es denominado de diferentes maneras por los profesionales y por los enfermos: *poner en contención, vamos a atar a un paciente, vamos a ponerles las correas*, etc. Todas ellas sinónimos de contención, sujeción, etc. Algunos de los informantes comentaban *los médicos mandaban atarme*. Este protocolo no está *muy bien visto* ni por los pacientes, ni por los profesionales. En un principio los pacientes no entienden por qué se les ha de contener, pero cuando ya han pasado por ello, comprenden que en ocasiones es necesario. No es fácil tampoco para los profesionales el “atar a los pacientes”: *¡me parece muy heavy que contengan!, pero también tienes que decidir... ¡o contienes o no se va a calmar el paciente!* (Anaís. Alumna de enfermería).

Tal y como apunta esta alumna uno de los motivos para contener es la autoagresividad, pero existen otros: heteroagresividad, agitación psicomotriz, cuando peligra la integridad física del paciente o del resto usuarios e incluso la de los profesionales. Algunos de ellos, como Anaís, hacen crítica incluso del número de personas que acuden (en ocasiones) para una contención: *Sólo el hecho de que vaya tanta gente, por ejemplo diez personas y el cuerpo de seguridad, ya los aturde un poco* (Anaís. Alumna de enfermería).

A continuación presento un extracto, aunque extenso, es ilustrativo y facilita la comprensión al lector del protocolo de sujeción mecánica:

La enfermera ha vuelto a entrar, esta vez sola, y de manera sigilosa se ha acercado muy lentamente. Ha mirado mis ojos, están cerrados. Ha comprobado mi respiración, es lenta y acompasada, profunda. Mira mis manos, están abiertas, relajadas. Termina por situarse junto a mí, a la altura de la cadera, con cuidado acerca sus manos hasta tocarme, son suaves, cálidas, su roce alivia mi espíritu, nos separa la longitud de sus brazos. Toca mi muñeca, comprueba que cabe su dedo entre la correa y la piel, tira, ésta bien sujeta. Con cuidado observa y anota (...) da la vuelta a la cama, mira que cabe el dedo entre la correa y mi tobillo derecho, observa, anota. Con sumo cuidado se ha situado a la altura de mi cadera, ésta vez la derecha, revisa la correa, la distancia entre la correa y la muñeca, observa, anota. No ha dejado de mirarme un solo instante. Siento su mirada cautelosa

sobre mi pecho (...) Enrolla el aparato de tensión en mi antebrazo, sigue silenciosa (...) sujeta durante unos segundos mi muñeca entre los dedos, suelta, anota. Vuelve a salir tan sigilosa como entró. Duermo. Estoy cansando (...) Apenas hay luz en la habitación, no sé qué hora es, que día es, giro un poco la cabeza, la ventana es pequeña, hay celosías, y rejas, están sucias, está cerrada, el cristal está sucio, no hay sol, se ve poco, distingo cuatro paredes (...) una puerta, cerrada, una cama, yo encima. Duermo.

Me duele el cuerpo, la postura, me pica toda la piel, me molestan las arrugas de las sábanas, mi espalda, los miembros entumecidos, no me puedo mover, me pesa el cuerpo (...) Abren la puerta, un hombre vestido de blanco, no hace ruido (...) me mira de manera escrutadora (...) revisa muñecas, tobillos comprueba los pulso, presiona la planta del pie, sale de la habitación. Duermo, está oscuro, debe ser de noche (...) Ahora yo también me siento fastidiado, y molesto, y... ¡dios!, me he orinado encima, y no sé cómo ni cuándo, y estoy mojado desde las rodillas hasta los hombros (...) y huele, y es pegajoso. Ha aparecido una enfermera, trae lencería entre sus brazos (...) sin cambiarme de posición, me limpian, me cambian las sábanas, me cambia el camisón..., abierto..., desnudo, mi cuerpo... desnudan, lavan, secan, visten mueven... y no puedo hacer nada... bochorno, humillación, escarnio, pero... ¡gracias! Giran mi cadera, sujetan mis piernas, ¡ay!, me han inyectado, creo recordar... no, no será otra cosa. Siento la boca seca, sequísima, quiero decirles... se han ido. Duermo (...) Entran de nuevo, esta enfermera... creo recordar... ¿ternura?..., pero no..., viene otra mujer, lleva bata, me recuerda, dice que, me atiende durante mi estancia en la... ¿clínica? (...) retiran las ligaduras. Me levanto poco a poco, siento que todo me da vueltas. Cierro el horrible camisón de encamado y dirijo los pasos muy despacio hasta donde dicen que está el baño (...) el agua tonifica mis músculos (...) me pongo el pijama que me han dado limpio, una bata que no es mía, y he salido dispuesto a acercarme al comedor donde daré buena cuenta de cualquier desayuno que haya. Por el pasillo veo personas de ambos sexos, edades variadas, algunas caras idas (...). Me detengo unos segundos y pienso que seguiré así, diciendo que no me llegan mensajes, no delataré, no lo conseguirán, hablaré de mi supuesta familia, que crean que me preocupo, ellos me trajeron..., han estado a punto de matarme, casi lo consiguen, me torturaron... correas, inyecciones, aislamiento, desnudez, silencios..., se disfrazan de médicos y enfermeros, pero yo sé lo que quieren..., casi me pude librar de ellos, llegaron muchos... ahora oirán lo que quieren oír, ya dejaré de pensar, no me robaran mis pensamientos. No pienso.

Diario de Enfermería: Continuación.

4 de agosto 98. Sigue sedado, ctes. vitales normales. Buen estado de la piel y mucosas; no se observan signos de deshidratación. Se administra tto. Im. Pautado. TM/ Gloria.

4 de agosto 98. Continúa evolución prevista. Buena respuesta a estímulos. Ver hoja de control protocolo. TT/Martín.

5 agosto 98. Sigue sedado. Micciona de manera espontanea. Presenta (Hipertensión Arterial) HTA, por indicación médica se administra tto. Corrector. Ver gráficas, TN/Roger.

5 agosto 98. Duerme profundamente. TM/ Fernández

5 agosto 98. Lo visita la doctora: seguir misma pauta e indicaciones. TT/ Martín.

5 agosto 98. Sigue sedación, colaborador si se requiere en los cuidados habituales TN/Roger.

6 agosto 98. Esta mañana por indicación de la doctora Mejía se le retira la contención mecánica. Se ducha. Come con gana y apetito el desayuno y la comida. Tranquilo, humor apacible, colaborador. Se muestra interesado en las actividades de la sala. Manifiesta deseos de contactar con la familia. Ver cierre hoja protocolo de sujeción.

NOTA: no signos de nueva agitación, pero... actitud excesivamente neutral y contenida: observar. TM/Gloria. (Morón, 2006: p. 63-66)

Además de los protocolos, en todas las instituciones existen normas. Estas normas configuran la base de la hospitalización de las unidades de cualquier institución hospitalaria y son las directrices por las que las unidades de hospitalización se “guían”. Normas todas ellas escritas, de los usos, costumbres y tradiciones de este espacio. Podríamos decir, que *son las normas del juego*. Y en ciertos momentos pueden entrar en conflicto entre los diferentes actores.

Estas normas son: el protocolo de acogida al paciente y familia, por ejemplo, donde se les informa a los familiares de las dinámicas, horarios y normas entregándoles una circular informativa con toda la información: existen unos horarios de visitas y de llamadas telefónicas; no se pueden pasar alimentos, ni bebidas al interior de la planta de hospitalización. No se pueden tener móviles, ni cordones, ni cinturones, y lo más conflictivo *no se puede fumar dentro de la unidad*. Todo este conjunto de normas, protocolos y circulares condicionan la hospitalización y por ende, el comportamiento de todas las personas que comparten ese entorno.

El seguimiento de estas normativas en las unidades de agudos, presentan frecuentemente problemas para los internos e incluso también en los profesionales; en algunos casos, éstos son empáticos con los enfermos y se solidarizan con ellos, aunque no las pueden cambiar, actúan como mediadores reconociendo que *el estar ingresado es muy monótono y les puede agobiar*. Por ello, intentan ser más flexibles en aquellas ocasiones que saben *que le hará bien al paciente*. Por ejemplo en las salidas a pasear por el recinto. En este caso enfermería informa a los psiquiatras de la mejoría del estado del paciente, solicitando que lo autorice a salir a pasear:

Yo creo que el estar aquí dentro es muy monótono y se deben de agobiar. El salir a pasear, es como su momento de gloria, cómo de poder respirar. Por ello,

comentamos al psiquiatra cuando vemos que los pacientes pueden salir a pasear (Anaís. Estudiante de enfermería)

En ocasiones para el paciente esta normativa es incomprensible y no la entiende: *el doctor te prohíbe las salidas. ¿Por qué me han de prohibir las salidas a mí?, si yo soy una chica pacífica iyo no soy conflictiva, ni soy problemática!* (Yurena, 25 años. Diagnóstico médico: esquizofrenia paranoide).

A pesar de una sensación de agobio ante la normativa, que puede sentir el usuario e incluso los profesionales de enfermería, todos ellos son conscientes de que deben existir normas en todos los hospitales psiquiátricos o de otro tipo: *es que las normas que hay aquí las encuentro lógicas iyo no cambiaría ninguna! Yo no veo ninguna tontería, ni ningún capricho el tenerlas, yo las veo normales y de sentido común* (Paris. 61 años. Diagnóstico médico Trastorno depresivo Mayor).

La norma más conflictiva y problemática que “sufren” enfermería y los pacientes, es la normativa de que en las unidades de agudos no se puede fumar. Esta normativa provoca situaciones de enfrentamiento entre el personal y los internos. Parafraseando a Villagran et al (2013), desde hace unos años una de las líneas de actuación en la política sanitaria del mundo occidental es la limitación y prohibición del uso del tabaco en los centros sanitarios, incluidos los de Salud Mental. Numerosos países han desarrollado una legislación a tal efecto que explícitamente prohíbe el consumo de tabaco en unidades de hospitalización psiquiátrica (Véase Lawn, 2005, el-Guebaly et al, 2002), con especial énfasis en las unidades de agudos. Sin embargo, en todos estos países se han alzado voces críticas que argumentaban que los pacientes psiquiátricos son grandes fumadores y que la retirada del consumo de tabaco al ingresar en estas unidades podría producir un aumento de la psicopatología (Greeman, McClellan; 1991, Glassman; 2001). Realmente muchos de los informantes *son fumadores empedernidos* y aunque han tenido algún susto no han dejado de fumar:

Y ahora se están poniendo las cosas muy feas con el tabaco¹¹⁴ y yo que soy un empedernido vicioso. Y yo qué haré cuando venga ¿Qué haré? ¿Quizás un parche? Sí, dos o tres parches ¡ja, ja, ja! (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar)

¹¹⁴ Algunos de los testimonios de los informantes -sobre todo las primeras entrevistas- fueron realizadas antes del cambio de la Ley Antitabaco 2010 dictada por el gobierno y las cortes.

Me dio un broncoespasmo y me costaba un poco respirar. Pero aún así, fumo mucho, porque me estreso, apago un cigarro y enciendo otro (Megan. 34 años. Diagnóstico médico: Trastorno de personalidad)

Aquí los pacientes no tienen ni tabaco, ni mechero, no se puede fumar. Lo han prohibido y a nosotros no es que nos haga gracia. Pues tenemos a veces hasta contenciones por ello... En ocasiones ponemos parches. Tendrían que haber hecho una excepción y dejar zonas en las que se puede fumar. Es contradictorio, porque precisamente aquí es donde están peor y se ponen insoportables. Pero la ley dice esto y no podemos luchar contra ella (Irene. Enfermera)

Tal y como refiere Irene, esta prohibición sobre el uso del tabaco, genera múltiples conflictos entre los profesionales y los residentes. Es curioso, que en las unidades de subagudos, de media y larga estancia sí se permita fumar, digo lo de curioso, porque precisamente en estas unidades los residentes sí pueden salir a la calle; mientras que en las unidades de agudos, durante los primeros días al paciente no se le permite salir y es cuando se encuentra *más nervioso, ansioso, en plena crisis o con el brote*.

Por la noche, seguramente por la menor intensidad del dolor, aparece el mono del tabaco. Envidio a los yonquis, por lo menos tienen derecho a su dosis de metadona. Evidentemente esto me lo callo. En este ambiente más vale ser pederasta que fumador, aunque en las cenas con profesionales sanitarios se fume sin moderación. Hay muchas formas de doble vida y doble moral. ¿Para cuándo un buen estatuto de toxicómano para los fumadores? (Canals 2009, 72-73)

Esta situación de ansiedad, nerviosismo e inquietud, se agrava con el ingreso en una unidad cerrada, donde se sienten como *reclusos, privados de su libertad* y con la normativa de no poder fumar. Por ello, es muy importante las relaciones que se establecen dentro de este *cosmos de hospitalización*. Este problema a veces puede generar la aparición de nuevos síntomas que podrían confundir el cuadro clínico previo: el aumento del nivel de ansiedad (Véase al respecto Dalak, Meador-Woodruff, (1993), el aumento de la prescripción de fármacos y de los niveles plasmáticos de psicofármacos con el consiguiente riesgo de toxicidad (Hughes 1993, Cormac at al, 2009) y la solicitud de alta voluntaria antes de tiempo (Prochaska, at al, 2004). También podríamos encontrar un deterioro del ambiente terapéutico de la unidad, lo que puede conllevar un mayor riesgo de conductas heteroagresivas o autoagresivas (Erwin, Biordi, 1991, Lawn, 2005). Por otro lado, podemos encontrar con otro tipo de problemas: la presunta violación de los derechos de los pacientes, en particular en aquellos ingresados involuntariamente o por orden judicial (Julyan, 2006) o incapaces de aceptar una terapia sustitutiva por el grado de afectación de su competencia para

tomar decisiones clínicas (Arnone, 2007), la escasa eficacia de la medida para erradicar el consumo ya que la gran mayoría de los pacientes vuelven a consumir tabaco inmediatamente tras el alta (Lawn, 2005, el-Guebaly et al, 2002, Prochaska, 2006), o la dificultad para extrapolar o generalizar las experiencias exitosas de otros contextos (Prochaska, 2006).

● **Terapia electroconvulsiva (TEC) o Electro-Shock y lobotomía.** A principios del Siglo XX se utilizaban curas convulsivas producidas de diferentes formas por medio de electricidad para tratar enfermos con esquizofrenia. Muchas de las películas ambientadas en las instituciones mentales muestran los inhumanos e inútiles tratamientos a los que son sometidos los pacientes internos. Las técnicas más representadas son la terapia electroconvulsiva y la lobotomía.

La lobotomía es una práctica hoy en día obsoleta. Consiste en la extirpación parcial o total de los lóbulos frontales del cerebro, o “cercenación” de las fibras nerviosas que los unen al resto del cerebro. Los lóbulos frontales son los encargados fundamentalmente de la planificación, la “conceptualización” y la voluntad. Es una técnica quirúrgica que tuvo su auge en los años 20 y 60, y se utilizaban como tratamiento para depresiones muy severas, trastornos obsesivos-compulsivos resistentes al tratamiento y esquizofrenias graves (Vera, 2007: 63)

En 1994 aún se utilizaba aquí en Cataluña. Yo estaba en la unidad de Sagrado Corazón, y a un interno de unos veinte años, ingresado en este pabellón, se le practicó una lobotomía para reducir la agresividad que padecía. Y aún hubo algún caso más. Varias décadas más tarde, los avances en la psicofarmacología llevaron a la lobotomía a un declive que la hizo desaparecer por completo. Sin ser una práctica universal y liberada del dramatismo asociado a las convulsiones gracias a la anestesia general y relajación muscular del paciente, se sigue indicando en algunas patologías concretas.

El uso de la inducción de convulsiones por mediación de la terapia electroconvulsiva (TEC) es un procedimiento muy utilizado en la psiquiatría moderna, especialmente en patología psiquiátrica severa, y su principal indicación es la depresión grave: apropiadamente utilizado, es un método efectivo, rápido y muy seguro. Es, sin embargo, una técnica terapéutica que se caracteriza por la estigmatización social y científica. Las primeras referencias históricas que se recogen en torno a la utilización de inducción de convulsiones en el proceso curativo se remonta al siglo XVI con el uso,

por parte de misioneros jesuitas, de las descargas del pez torpedo, cuya finalidad era expulsar a los demonios, como se calificaba en la antigüedad a las enfermedades psiquiátricas. La técnica consistía en que el paciente debía morder el pez hasta que el animal producía una descarga eléctrica, con la consecuente convulsión por parte del paciente (López-Muñoz, Álamo, 2006: 1507-1508.)

- Técnica y mecanismos de acción

Las tres técnicas que se perfilaron como principales durante la década de 1930 fueron el shock insulínico¹¹⁵, citado anteriormente, el cardiazólico¹¹⁶ y el electroshock. El electroshock hace pasar por la cabeza de la persona una cantidad de corriente capaz de mantener encendida una bombilla de 10 watios durante 2 segundos. Produce una respuesta convulsiva que se minimiza con el empleo de anestesia y relajantes musculares. La persona no sufre en absoluto. Después no recuerda nada de lo sucedido. Los aparatos modernos realizan electroencefalograma (EEG) antes, durante y después del paso de la corriente. Los efectos secundarios, en forma de pérdida de memoria, son pasajeros.

En la actualidad es el anestesista quien prepara a los enfermos, en condiciones de anestesia general, con aplicación de relajantes musculares y oxígeno, durante la misma; el *tubo de boca* o *tubo de mayo* que es necesario para evitar mordeduras de lengua. Se suele aplicar el (TEC) por las mañanas y en ayunas. Una comida fuerte, tomada poco antes del tratamiento, puede ser arrojada mecánicamente al contraerse los músculos abdominales. La cantidad de corriente debe de ser suficiente para provocar la convulsión, la cual varía ampliamente de un enfermo a otro y la mayoría de los terapeutas aplica más de la dosis mínima necesaria con el fin de evitar fracasos. La convulsión espontánea de tipo epiléptico; está caracterizada por una fase tónica (gran tensión) que aproximadamente después de diez segundos se transforma lentamente en una fase clónica con movimientos espasmódicos, que al principio son rápidos y de poca duración y más tarde se hacen lentos e intensos, hasta que pasados unos 30 ó 50

¹¹⁵ Shock producido por administración reiterada de insulina que provocaba convulsiones ocasionales en el contexto de comas hipoglucémicos, observándose efectos beneficiosos en la esquizofrenia.

¹¹⁶ Inducción de convulsiones utilizando en primer lugar alcanfor, que más tarde fue sustituido por Cardiazol.

segundos se debilitan y desaparecen. La convulsión se acompaña de apnea o suspensión respiratoria. Algunos pacientes pierden orina, semen y más raramente heces. El ataque es seguido por un coma del que el paciente despierta en un estado confusional que dura de 5 a 30 minutos o más. Antes de indicarse el tratamiento debe practicarse un examen de tórax, un electrocardiograma y una radiografía, (Romeu y Asociados, 2012).

Hace años se hacían los electroshock sin anestesia. El paciente pegaba un bote en la cama que daba miedo. Era aterrador para el enfermo. Eso fue lo que le pasó a un paciente que se colgó detrás del pabellón de San Pablo. Me imagino que en un momento de lucidez él debió de pensar: esto va a ser para el resto de mi vida, ¡toda mi vida así! Y se colgó. No había muchas más salidas. Ahora no sé, pero antes no (Ophelia. Auxiliar de enfermería)

Dicho esto, ¿qué piensan los entrevistados de este tratamiento? En general no son partidarios de la terapia electroconvulsiva: *no. Gracias a Dios, no* (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar). *Sobre todo no soy partidaria de los TECs* (Pandora. Enfermera). *Es un retraso evolutivo del ser humano que explica la incapacidad de los terapeutas* (Moses. Auxiliar de enfermería).

Me han intentado hacer TECs pero les dije que no, porque me parecía peligroso. Los electroshocks en los cuales metían células me los intentaron hacer a mí. Pero como saqué la lengua no me los pudieron hacer. Antes se hacían cosas que eran criminales y la verdad es que ha evolucionado mucho la ciencia. Ya no se hacen tantas cosas horribles como se hacían antes. Antes a los pacientes se les volvía tontos (Tess. 49 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia esquizoafectivo)

La experiencia no es buena, pero el resultado, en alguna ocasión sí:

Lo viví mal, pues me notaba muy mareada y muy confusa. Luego me alegré porque pensé que había reaccionado bastante bien. Pero al principio pierdes memoria y no te acuerdas de las cosas. Pero me ha hecho bien. Mírame ahora (Artemisa. 43 años. Diagnóstico médico: Trastorno Bipolar)

Con esta paciente tuvieron un buen susto:

Un día que había que realizarle un TEC, cuando empezó a convulsionar se le pusieron todos los dientes para arriba ¡No veas que sensación! El anestesista tuvo que colocárselos bien, uno por uno... Se le tuvo que hacer una funda y desde entonces la guardamos en nuestro armario ¡Aún la tenemos! (Ophelia. Auxiliar de enfermería)

Este tratamiento se propone cuando no funciona el tratamiento psicofarmacológico: *Al final decidieron hacerle TEC, porque no respondía al tratamiento* (Esposa de Paris. 61 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo mayor).

En general, no experimentaron ningún cambio con este tratamiento y en algunos casos deja secuelas como pérdida de memoria y rigidez:

Me hicieron los TECs, luego los pararon porque no me servían. La verdad es que yo no encontré ninguna diferencia. No tuve ningún miedo, ni ningún problema solo la memoria, la tengo todavía bastante afectada, aunque la he ido recuperando (Vara. 51 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo mayor)

Sí, me lo dijo el Dr. Kit, había que hacer TECs. Pues, no había manera de que me fuera bien el fármaco. Si no reacciona a nada el paciente pues hay que hacerlo (...) Porque después de los 16 TECS no me acordaba de nada y no me acuerdo de nada, del tiempo que estuve en la H4, solo te quedan imágenes (...) la memoria no es la que tenía antes ¡tenía una memoria de elefante y ahora la tengo de mosquito!, ¡Estos son los efectos de esta terapia! (...) Yo coger un libro, leerlo, subrayarlo y ¡pum pum!, pasar notas, bueno ya está leído y esto no creo que nunca más lo pueda hacer ya es por el tratamiento que tuve (Paris. 61 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo Mayor)

Algunos profesionales evidencian los prejuicios que presenta este tratamiento, aunque no dudan de su efectividad:

Que es otro tipo de tratamiento, más aparatoso eso sí, pero efectivo en muchos casos. Que puede marcar de alguna manera al paciente por su aparatosidad, por lo que hay que explicar bien al paciente y a la familia de que se trata y minimizar al máximo. Que es un tratamiento que está muy mitificado como algo terrible y que en la mayoría de los casos se vive así. Que es un tratamiento, que a pesar de tener efectos positivos casi de inmediato también tiene muchos efectos adversos por lo que ha de ser un tratamiento de última elección (Irene. Enfermera)

Es una herramienta terapéutica biológica no farmacológica. Su empleo en situaciones clínicas que realmente lo justifiquen me parece razonable. Sigue teniendo utilidad pese a los prejuicios que genera y el advenimiento de nuevos psicofármacos (Dr. Myles. Psiquiatra de agudos)

La terapia electroconvulsiva se propone cuando no se consiguen resultados positivos con otros tratamientos y presenta efectos secundarios como la pérdida de memoria o de concentración en muchos casos y la rigidez. Y como demuestran los testimonios a día de hoy, se rodea de muchos prejuicios y de un gran estigma social.

● Aguas minero- medicinales de Burlada

Los manicomios no eran lugares adecuados para la búsqueda de remedio a aquellas otras patologías menores que encuadraríamos dentro de las neurosis. Por eso, los balnearios, además de sus aguas, ofrecían el encuadre ideal para el reposo y la relajación. El propio viaje era otra de las prácticas de “distracción” indicadas como terapia.

9.2.-PSICOFARMACOLOGÍA: el paraíso artificial

El progreso de la medicina nos depara el fin de aquella época liberal en la que el hombre aún podía morir de lo que quería.

Stanislaw Jerzylec

La posición que ocuparon los fármacos en el siglo XIX¹¹⁷ dentro del manejo de la locura estuvo marcada inicialmente por la nueva sensibilidad que la sociedad occidental comenzó a desplegar: determinadas formas de comportamiento y de estados mentales eran resultados de la enfermedad y no de la acción diabólica, o del pecado o la voluntad criminal. Por otra parte, fue un periodo clave, de cara a la configuración de un panorama farmacológico como el actual: se incrementó el número de sustancias y se realizaron aportaciones fundamentales: síntesis química del laboratorio, aparición de una producción industrial, eficacia y conformidad con los criterios de fiabilidad, desarrollo de la farmacología experimental.

Durante el siglo XVIII con el humanitarismo ilustrado y la Revolución Francesa, los fármacos pasaron a ocupar un papel secundario frente a un abordaje terapéutico de corte más psicológico. Pues surgió una conciencia que abogaba por considerar a los “locos” como enfermos. Y por sustituir en su tratamiento el desprecio por el afecto, los azotes por el trato amable; con la consecuencia de una negativa al uso indiscriminado de medicamentos, cuya eficacia era cuestionada. Ya que llamaban la atención sobre la necesidad de hacer servir las palabras amables y conservadoras, oponiéndose al encadenamiento de los enajenados y defendía la retirada de los grilletes.

¹¹⁷ (López-Muñoz, Álamo, 2005: 87-128): textos resumidos y/o citados literalmente e intentando no malinterpretar sus palabras.

El fuerte proceso de cambio que experimenta la locura a lo largo del siglo XIX, manifestó el auge que adquirieron las doctrinas somaticistas acerca de la enfermedad mental; lo que sirvió para que los médicos consolidaran sus posiciones como los grandes expertos en el estudio y tratamiento de la patología mental. Todo ello representó un aumento de los fármacos en la terapéutica de la locura a lo largo del siglo XIX.

El proceso de elaboración y comercialización de los medicamentos y la producción masiva de éstos, iba a concluir en el establecimiento de nuevos modelos de relación de los *ciudadanos* con los fármacos. Esto implicó el nacimiento de la industria farmacéutica. La psiquiatría inventó el término de psicofarmacológica para reafirmar el papel de la droga medicinal en la curación del enfermo.

9.2.1.- ¿FÓRMULAS MAGISTRALES O DIVINAS? LA PÓCIMA MÁGICA

La psicofarmacología es una disciplina de la neurociencia que estudia las bases biológicas del comportamiento (Morales, 1990). Y el método que utiliza la psicofarmacología para entender esta relación consiste en analizar los efectos de las sustancias farmacológicas sobre el sistema nervioso y sus funciones (Molero, Nathzidy, 2010: 122).

La introducción de los psicofármacos constituye uno de los grandes avances de la medicina del siglo XX, evento comparado por algunos autores al descubrimiento de los antibióticos y las vacunas. Aunque es un hecho evidente que, en estas primeras etapas de la psicofarmacología, el descubrimiento de la mayor parte de los fármacos psicótrópos fue fruto de la más absoluta casualidad *serendipity* (Véase Tabla 9)

Fechas clave en psicofarmacología

- 1949** Introducción del litio en el manejo de cuadros maníacos y esquizofrénicos (Cade)
- 1950** Síntesis de la clorpromazina (Charpentier) Síntesis del meprobamato (Ludwig)
- 1951** Aislamiento de la reserpina, a partir de la *Rauwolfia serpentina* (Schlittler y Müller)
- 1952** Introducción de la clorpromazina en medicina:
- En el cóctel lítico, con prometazina y dolantina (Laborit)
 - En el tratamiento de cuadros maníacos, con dolantina (HAMón y cols. Como agente antipsicótico, en solitario (Delay y cols.)
 - Descubrimiento de la acción inhibidora de la MAO de la iproniazida (Zeller)
 - Descubrimiento del carácter neurotransmisor de la serotonina (Twarog)
- 1954** Introducción clínica de la reserpina (Kline) y el meprobamato (Berger)
- 1955** Síntesis de la imipramina (Häfliger y Schindler)
- 1956** Síntesis de la reserpina (Woodward)
- Publicación del primer Tratado de Psicofarmacología: "Pharmakopsychologie un Psychopathologie" (de Boor)
- 1957** Introducción de la imipramina (Kuhn) y la iproniazida (Kline)
- Síntesis del clordiazepóxido (Sternbach)
 - Descubrimiento del carácter neurotransmisor de la dopamina (Carlsson)
 - II Congreso Mundial de Psiquiatría (Zurich): primera clasificación de los psicofármacos (Delay)
 - Symposium Internacional sobre Drogas Psicótropas (Milán): primera reunión científica específica sobre psicofármacos
- 1958** Síntesis del haloperidol (Hermmans) e introducción en clínica (Divry y cols.)
- Introducción clínica del clorprotixeno (Ravn)
 - Síntesis de la clozapina (Hünzinker)
 - Fundación del *Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum*
- 1959** Síntesis del diazepam (Sternbach)
- 1960** Introducción clínica del clordiazepóxido (Harris)
- Confirmación del efecto profiláctico de las sales de litio en los episodios maníacos (Schou)

Tabla 9.- Fechas clave en psicofarmacología.

Los barbitúricos han sido utilizados en múltiples patologías hasta la década de 1960. La fluoxetina, antidepresivo comercializado en 1986 como Prozac, tomó el sobrenombre de “droga de la felicidad”. Y dos estrellas clave de la industria farmacéutica actuales son los antipsicóticos: olanzapina y la risperidona. Amón Ra¹¹⁸ relataba:

Los abordajes psicofarmacológicos, propiciados por la aparición en la década de los 50 del siglo pasado de moléculas activas sobre la sintomatología psiquiátrica han cambiado el modo de abordaje de las enfermedades psiquiátricas. Estas moléculas actúan a nivel cerebral intentando normalizar los cambios químicos que, a nivel sobre todo de neurotransmisores (pero también a otros niveles celulares más profundos y en diferentes dianas terapéuticas) se producen en la enfermedad psiquiátrica. No actúan a nivel de etiopatogenias (desconocidas o muy poco conocidas en psiquiatría), sino a nivel de síntomas y síndromes y, por tanto, no curan sino que alivian e intentan favorecer la readaptación a la realidad personal/social del paciente, la funcionalidad del día a día y el retorno a la situación “normal” previa a la enfermedad. La psicofarmacología se ha “popularizado” y los ciudadanos han ido acumulando a través de diversas fuentes de información (prensa, TV, Internet, redes sociales, amigos, etc.) conocimientos sobre p. ej. Medicamentos ansiolíticos como las benzodiazepinas, fármacos antidepresivos (Prozac “la píldora de la felicidad”, etc.). Estos medicamentos y la terminología psicopatológica asociada, ya no imponen el respeto que imponían hace décadas y se utilizan tanto adecuada como inadecuadamente “Psicofarmacología cosmética” (Amón Ra. Farmacéutico).

¹¹⁸ Durante toda la tesis los pseudónimos de todos los informantes han sido escogidos mediante un patrón común, nombres mitológicos y clásicos. Este informante ha querido escoger él mismo su pseudónimo.

9.3- LA FARMACOPEA: el bálsamo de fierabrás¹¹⁹

Alicia se alegró de encontrarla de tan buen humor, y pensó para sus adentros que quizá fuera sólo la pimienta lo que la tenía hecha una furia cuando se conocieron en la cocina. «Cuando yo sea Duquesa», se dijo (aunque no con demasiadas esperanzas de llegar a serlo), «no tendré ni una pizca de pimienta en mi cocina. La sopa está muy bien sin pimienta... A lo mejor es la pimienta lo que pone a la gente de mal humor», siguió pensando, muy contenta de haber hecho un nuevo descubrimiento, «y el vinagre lo que hace a las personas agrías... y... y la manzanilla lo que las hace amargas... y... el regaliz y las golosinas lo que hace que los niños sean dulces. ¡Ojalá la gente lo supiera! Entonces no serían tan tacaños con los dulces...»

Lewis Carroll

En el área de psiquiatría, la historia de los tratamientos biológicos parte de la idea que se tenía frente a la enfermedad mental: una sustancia que calme la angustia, la depresión, la culpa, el insomnio, la locura, el delirio o la alucinación. “Algo” que frene la farmacodependencia y la demencia (Monchablón, 1996). Veamos a continuación ¿Qué entienden los informantes por el término psicofármaco? *Medicación significa querer morirme* (Melía. 49 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo). *El medicamento es una ayuda para las personas que están enfermas de miedo, depresión y ansiedad y después de una crisis* (Sophia. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide). *Toda la medicación psiquiátrica se basa en dormir a la persona y al cerebro. Están ahí: verdes, amarillas, rojas, azules, naranjas (...). Esto es como el “culo”.* Perfecto (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar).

¹¹⁹ El bálsamo de Fierabrás es una pócima maravillosa que forma parte de las leyendas del ciclo carolingio: “Aparece como tema en el cantar de gesta francés Fierabrás (el de feroces brazos) que se fecha hacia 1170. Según la leyenda épica, cuando el rey sarraceno Balán y su hijo el gigante Fierabrás conquistaron Roma, robaron en dos barriles los restos del bálsamo con que fue embalsamado el cuerpo de Jesucristo, que tenía el poder de curar las heridas a quien lo bebía. Vencido el gigante por Oliveros, y habiéndose hecho cristiano, lo devolvió a Roma el emperador Carlomagno. Se trata de una piadosa leyenda medieval que los contemporáneos de Cervantes conocerían por la traducción de una versión en prosa francesa del siglo XV, Historia del emperador Carlomagno y de los doze pares de Francia, e de la cruda batalla que hubo Oliveros con Fierabrás, (Sevilla, 1525, y reimpressa varias veces), c. 17 y 19. En esta versión dice Fierabrás que ganó los dos barriles del bálsamo por fuerza de armas en Jerusalén. Oliveros, mortalmente herido, bebe de él y sana por completo”. [On line] en <http://www.donquijoteliberado.com/pdf/balsamo/balsamo2.pdf> consultada [Mayo 2012]

Y ¿para los profesionales? El fármaco es una ayuda, que se puede combinar con otras terapias: *una ayuda para estabilizar el estado de ánimo. Y apaciguar los síntomas negativos que la enfermedad* (Pandora. Enfermera). *Un tratamiento combinado que incluya un abordaje farmacológico adecuado más intervenciones psicoterapéuticas* (Electra. MIR de psiquiatra). *Una herramienta para tratamiento agudo, mantenimiento y prevención de recaídas de enfermedades mentales* (Livana. MIR de psiquiatra).

Para el personal significa una de las maneras de cómo abordar el tratamiento psiquiátrico, que deben estar directamente relacionadas con otras en el enfoque global de la persona. Sin duda es una de las principales ya que, ante una sintomatología delirante, una sintomatología agresiva, una depresiva franca, en tratamiento de choque lo más efectivo es sin duda la psicofarmacología (Irene. Enfermera)

Es el empleo de fármacos de acción a nivel de sistema nervioso central para tratar síntomas diana de forma aguda o crónica. Existen muchas categorías de psicofármacos con utilidad en diversos trastornos o síntomas específicos (ansiedad, agitación, insomnio, delirios, alucinaciones, depresión, etc.). Constituye un avance y una ayuda al tratamiento pero su finalidad es, en la gran mayoría de los casos, controlar síntomas, no resolver las causas de los mismos (Dr. Myles. Psiquiatra de agudos)

Otra cuestión importante es si los pacientes realmente conocen el tratamiento prescrito por su psiquiatra. Para facilitar la comprensión de estas cuestiones apporto una breve información, sobre los principales psicofármacos que toman los usuarios, indicaciones y efectos secundarios más prevalentes. También incluyo los nombres tanto de los principios activos como de los comerciales, pues en general los informantes los conocen por el nombre comercial¹²⁰. Los psicofármacos se dividen en tres grandes grupos aunque existen muchas más sustancias que podrían incluirse dentro del grupo de psicótrpos: Ansiolíticos, Antidepresivos, Antipsicóticos o Neurolépticos.

9.3.1.- ANSIOLÍTICOS

Son fármacos capaces de reducir la ansiedad, facilitando mecanismos inhibidores en el ámbito cerebral. Grupos de fármacos ansiolíticos son las benzodiacepinas y otros ansiolíticos (Véase tabla 10)

¹²⁰ La bibliografía consultada y utilizada para esta clasificación está basada en el tema ocho dedicado a la Psicofarmacología que expone De la Torre Brasas [On line]

Indicaciones: tratamiento a corto plazo de la ansiedad, ataque de pánico, ansiedad secundaria a enfermedades orgánicas. Entre sus efectos secundarios encontramos: somnolencia, confusión, ataxia, mareo, sedación, cefalea, desorientación. Estos efectos secundarios hay que observarlos más especialmente en ancianos. Se debe avisar al paciente de que puede sufrir amnesia (olvido de acontecimientos recientes) y que debe de abstenerse de conducir o manejar maquinaria peligrosa.

Fármaco	®	Dosis orientativa en Adultos Vía Oral
• Benzodiacepinas de acción larga		
Clorazepato dipotásico	Tranxilium	10-30 mg/día
Quazepam	Quiedorm	7.5-15 mg/día
Diazepam	Valium	10-30 mg/día
Halazepam	Alapryl	40-80 mg/día
Colbazan	Noiafren	20-30 mg/día
Bromazepam	Lexatin	5-30 mg/día
• Benzodiacepinas de acción Corta		
Alprazolam	Tranquimazin	1-3 mg/día
Lorazepam	Orfidal	2-4 mg/día
Clotiazepam	Distensan	5-15 mg/día

Tabla 10.- Principales benzodiacepinas.

9.3.2.- ANTIDEPRESIVOS

Los antidepresivos son un grupo heterogéneo de compuestos con un efecto terapéutico sobre la depresión, todos actúan aumentando la concentración de neurotransmisores en la sinapsis y sus efectos pueden tardar en aparecer entre dos y tres semanas (Véase tabla 11)

Indicaciones: depresión, trastornos por angustia con o sin agorafobia, bulimia (paroxetina). Entre sus efectos secundarios encontramos:

- ➡ Consecuencia de la prolongación del efecto terapéutico (aumento de noradrenalina/serotonina): noradrenérgicos: taquicardia, temblor, ansiedad. Serotonérgicos: náuseas.
- ➡ Consecuencia del bloqueo de otros neurotransmisores como la histamina: Sedación, somnolencia. Acetil-colina (Anticolinérgicos): Retención urinaria, sequedad de boca. Receptores alfa adrenérgicos: hipotensión ortostática

Fármaco	®	Dosis orientativa en Adultos Vía Oral
• Tricíclicos		
Amitriptilina	Tryptizol	50-100 mg/día
Clomipramina	Anafranil	25-150 mg/día
Doxepina	(sinequam	25-100 mg/día
Imipramina	Tofranil	50-100 mg/día
Nortriptilina	Martimil	10-25 mg/día
Timipramina	Surmontil	50-200 mg/día
• Heterocíclicos		
Amoxapina	Demolox	150-200 mg/día
Maprotilina	Ludiomil	25-100 mg/día
Mianserina	Lantanon	30-100 mg/día
Trazodona	Deprax	100-300 mg/día
Velanfaxina	Dobupal	75-300 mg/día
• IRS		
Citalopram	Seropram	20-40 mg/día
Fluoxetina	Prozac	20-40 mg/día
Fluvoxamina	Dumirox	100-200 mg/día
Paroxetina	Seroxat	20-40 mg/día
Sertralina	Besitran	50-100 mg/día

Tabla 11.- Principales Antidepresivos tricíclicos y afines.

9.3. 2.1. - Fármacos en Trastorno Bipolar

El fármaco de elección en la enfermedad maníaco-depresiva es el Litio. Se administra por vía oral en forma de Carbonato de Litio.

Efectos secundarios: si se mantienen los niveles en sangre adecuados el litio es un fármaco bien tolerado. La intoxicación produce los siguientes síntomas: Letargía/excitación, ataxia, temblor, alteraciones visuales, desorientación, vómitos, dolor abdominal, debilidad muscular, convulsiones y coma. El tratamiento crónico puede producir bocio, hipotiroidismo y diabetes insípida.

9.3.3- ANTIPSICÓTICOS

Los antipsicóticos son fármacos que mitigan, reducen y en algunos casos pueden incluso hasta eliminar los síntomas de la esquizofrenia. Además del efecto antipsicótico, tiene otros efectos terapéuticos como son: antiemético, antivertiginoso, antihistamínico.

Indicaciones: esquizofrenia, trastorno delirante paranoide, trastorno esquizoafectivo, psicosis tóxicas, síntomas psicóticos en trastornos afectivos, trastornos neuropsiquiátricos (Corea, etc.)

Vías de administración: oral y la vía intramuscular es recomendable para pacientes agitados que necesitan una sedación rápida y en paciente no colaboradores. Existen preparados Depot que se liberan lentamente, consiguiendo un efecto mantenido durante varias semanas. No obstante, presentan el inconveniente de que no se puede suspender de forma rápida el tratamiento en caso de aparición de reacciones adversas graves. Por este motivo conviene que la primera dosis depot sea pequeña.

9.3.3. 1- Antipsicóticos clásicos

Actúan bloqueando los receptores dopaminérgicos postsinápticos D2. Sus efectos secundarios:

➡ Síntomas extrapiramidales (Véase tabla 12)

Efecto extrap.	Incidencia	Desap. Al susp el tto.	Tto. Antiparkinsoniano	Otros tratamientos
Parkinsonismo	Alta	Si lentamente	Anticolinérgicos , Amantanida	
Distonía aguda	Baja	Si rápidamente	Anticolinérgicos	Diacepam IV
Acatisia	Alta	Si envarios días.	Anticolinérgicos.	Benzodiacep. Propanolol
Disquinesia tardía	Alta	Generalmente no	No	No existe tto eficaz

Tabla 12.- Síntomas extrapiramidales.

➡ Sedación:

Este efecto adverso puede resultar útil en pacientes agitados, violentos y debe ser evitado en pacientes en los que interese mantener una actividad diaria normal. Los fármacos que lo provocan con mayor intensidad: clorpromazina, levomepromazina, perfenazina, tioridazina, zuclopentixol (Véase tabla 13). Es necesario avisar al paciente de que no debe conducir ni usar maquinaria peligrosa bajo los efectos de estos fármacos.

- ➡ Efectos anticolinérgicos: sequedad de boca, visión borrosa, retención urinaria, estreñimiento. Producidos fundamentalmente por el grupo de las fenotiazinas.
- ➡ Hipotensión ortostática: debido a que estos fármacos pueden bloquear receptores adrenérgicos sobre todo cuando se administra el fármaco por vía parenteral y a dosis altas.
- ➡ Síndrome neuroléptico maligno: es un efecto poco frecuente pero que puede ser mortal en un 15-20% de los casos, se caracteriza por hipertermia, rigidez muscular, alteración de la conciencia y alteraciones respiratorias. Se puede tratar con agonistas dopaminérgicos (bromocriptina) y relajantes musculares.

Subgrupos	Fármacos	®	Dosis VO
• Fenotiazinas	Clorpromazina	Largactil	40-50 mg/día
	Levomepromazina	Sinogan	25-50 mg/día
	Perfenazina	Decéstan	12 mg/día
	Tiopropirazina	Majeptil	5 mg/día
	Trifluoperazina	Eskazine	4-10 mg/día
• Butiferas	Haloperidol	Haloperidol	1-5 mg/día
• Tioxantenos	Zuclopentixol	Clopixol	20-50 mg/día
• Ortopramidas	Sulpirida	Dogmatil	300-600 mg/día
	Tiaprida	Tiaprizal	150-300 mg/día
• Otros	Pimozida	Orap	1-2 mg/día

Tabla 13.- Principales fármacos.

Después de presentar esta reducida y breve clasificación de los psicofármacos retomo el análisis de los resultados obtenidos, sobre el conocimiento del tratamiento psicofarmacológico: ¿qué conocimiento tienen los informantes de los fármacos que toman?, ¿saben los nombres?, ¿sus propiedades?, ¿los efectos del fármaco?, ¿los efectos secundarios que tienen?, ¿los clasifican por colores?

9. 4.-CONOCIMIENTOS DEL BÁLSAMO DE FIERABRÁS

En general, la mayoría no sabe en qué consiste el tratamiento farmacológico, qué pastillas toman y para qué sirven: *no sé para qué son las pastillas ni para qué sirven, pero sí sé que son para la esquizofrenia* (Jacinto. 39 años. Diagnóstico médico: Retraso mental). *Yo no sé qué fármacos tomo y para qué sirven. Ni conozco tampoco los efectos positivos y los secundarios* (Vasilis, Gea, Artemisa).

Algunos saben los nombres “de las pastillas” pero no los efectos: *conozco lo que tomo depakine (antiepiléptico y para la manía) y risperdal (antipsicótico). No conozco los efectos secundarios (Raissa, Vesna, Rena). Sí que conozco lo que tomo, para lo que vale aunque no sé especificar para qué vale la sertralina (antidepresivo tricíclico), me imagino que es para la depresión, aunque no se qué efecto secundario tiene (Melia. 49 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo).*

A veces cuando están informados, les pasa: *de lo que tomo, sé que es cada uno, pero los efectos secundarios no los sabía, pero cuando me los dijeron me empezaron a pasar (Dion. 18 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica).*

En general los fármacos más desconocidos son los antipsicóticos: *invega, invega e invega (antipsicótico) Y uno que ahora no sé cómo se llama creo que risperdal consta (antipsicótico). No sé para qué sirve, ni los efectos que pueden tener. No me lo ha explicado nadie (Cronos. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia. Varios ingresos. Derivado a subagudos).*

Para buscar conocimientos recurren a los profesionales *al principio me callaba y no preguntaba. Pero después vi que me estaba metiendo tantas pastillas, que ahora lo pregunto todo (Atenea. 32 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia).*

A otros, como Tess y Megan¹²¹ les han informado: *conozco todas las pastillas, pues me las ha explicado el Dr. Aquiles (Tess. 49 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia esquizoafectivo). Sé lo que me ha explicado la doctora: que es para los impulsos (Megan. 34 años. Diagnóstico médico: Trastorno de personalidad).*

Y cuando no obtienen respuestas consultan otras fuentes: *pues lo busca por internet. Y no mira más, porque le dijo la doctora ¡no te pongas a mirar por Internet! Pero claro él lo que miraba no era la enfermedad, él lo que miraba era la pastilla que le habían dado, los efectos secundarios, claro (Madre de Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia).*

¹²¹ El origen de estos dos nombres continúa siendo griego: (cosecha) y Megan (perla). Aunque también puede encontrarse que su origen es diferente Tess (inglés) y Megan (gales, irlandés)

También encontramos una minoría de informantes que dicen saber qué toman y qué efectos tiene el tratamiento: (Vasilis, Rita, Jano, entre otros) En general se quejan de desinformación por parte de los facultativos: *ningún médico te dice, esto te lo doy para esto!* (Sirena. 28 años. Diagnóstico médico: Trastorno límite de personalidad).

Durante la realización de entrevistas, algunos informantes han aprovechado la ocasión para preguntarme dudas acerca del tratamiento psicofarmacológico que estaban tomando. Lo que evidenciaba, la dificultad que asumía con mi doble rol: *el risperdal (antipsicótico) me lo ponen en el hombro. Por cierto, una pregunta ¿con la inyección se puede conducir? Pues la inyección ¿no es para dormir?* (Otis. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia).

Algunos informantes diferencian y clasifican, sin ser conscientes de ello, el tratamiento que toman. Por un lado la medicación somática y por otro la psiquiátrica. Esta cuestión me ha resultado interesante, pues en general conocen el tratamiento somático pero no el psiquiátrico y no le dan importancia a ello. Quizás sea porque “están hartos”:

Estoy cansado de tanta pastilla y ya no me importa nada más (...) Pero lo demás no lo sé (...) Es decir, lo demás es la medicación psiquiátrica. Esta no la sé. No tengo curiosidad. Es que estoy tan cansada, que no (Anémona. 26 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

También clasifican el tratamiento psicofarmacológico en base a la reducción de sus síntomas:

No sé si tengo la medicación correcta pienso que sí y no. Sí, porque yo diría que es la dosis adecuada porque el antipsicótico es para no ver aviones y no ver fantasmas, ni coches de policía. Te digo eso en la jerga, para no tener ni manías persecutorias, para no tener síntomas ¿no es para eso? (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar)

¿Piensan que hay medicaciones que son mejores que otras?

Sí, los primeros eran buenísimos, te quitaban las voces y alucinaciones, pero tenían unos efectos secundarios ¡que eran una pasada te mareabas, vomitabas! Eran buenos, pero unos efectos secundarios fuertes eran los primeros antipsicóticos. Pero ahora están los antipsicóticos atípicos que te quitan las voces y todo y casi no tienen efectos secundarios (Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Hasta este punto he tratado los conocimientos de los informantes enfermos. Pero y los profesionales ¿tienen conocimientos de “fármaco”? Las estudiantes de tercero de enfermería evidenciaban su falta de conocimientos en farmacología psiquiátrica, aún realizando ya las prácticas: *en cuanto a la medicación psiquiátrica ¡Uf! Yo tengo un lio mental* (Astra: Alumna de enfermería).

Tendríamos que hacer una clase de fármaco. Es que voy muy perdida en farmacología porque solo hemos hecho un seminario de farmacología de salud mental en clase y ya está (Persephone: Alumna de enfermería)

Si, la mayoría son antipsicóticos y eutimizantes: haloperidol (antipsicótico y neuroléptico), quetiapina (antipsicótico atípico y neuroléptico), topiramato (antiepiléptico y estabilizador del estado de ánimo), risperidona (antipsicótico), olanzapina (antipsicótico atípico) (Pandora. Enfermera)

Adara exponía un problema añadido:

La mayoría sí los conoces, porque te intentas reciclar un poco. Aquí hay un problema o yo me he encontrado con un problema: En otros sitios donde he estado, puedo coger los prospectos de la medicación leerlos. Pero como aquí no tenemos prospectos. Yo por ejemplo, no tengo vademécum en mi casa y antes lo tenía en el ordenador... Pero me ha petado. Por ello, muchas veces me he visto limitada con el tema de la medicación. Con los apuntes de “fármaco” me estuve mirando unas cosas en casa y eso, como te decía antes voy muy pillada, y la verdad es que un buen amigo mío que es médico me dice ¿Qué manía con la fármaco? Pero ¿Por qué queréis saber fármaco? Pero es que yo trabajo todos los días con fármacos y no sé lo que estoy dando. Y no sé qué incompatibilidades tiene y el médico que lo ha prescrito; yo no voy a poner en duda su profesionalidad pero se puede equivocar y pienso... Me da igual lo que ha prescrito porque no lo sé, y no sé nada más. Me parece de cajón que las enfermeras debamos conocer los fármacos (Adara. Estudiante especialidad salud mental)

Es evidente que existe un problema de competencias profesionales relacionado con el tratamiento farmacológico. Por un lado, los médicos no quieren que las enfermeras tengan conocimientos de farmacología y por otro, las enfermeras - algunas, no todas- no tienen claro si ellas pueden informar a los pacientes de qué fármacos toman y para qué sirven; consideran que este acto podrá ser “tachado” de intrusión profesional. Se evidencia que existe un desconocimiento del tratamiento psicofarmacológico por parte de los enfermos y de los profesionales de enfermería. Agravándose este desconocimiento con una situación de confusión sobre quién tiene que informar a los pacientes de lo que toman.

La opinión de las familias también se encuentra dividida entre los que piensan que sí que lo conocen: *ella sabe las pastillas que le tocan y para qué sirven. También sabe los horarios, aunque cuando sale le digo que venga a las 8.30 h. para cenar y tomarse la medicación* (Madre de Hera. 33 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica) y los que no lo tienen tan claro:

Está tomando risperdal que creo que es para concentrarla un poquito porque tiene la memoria así. También creo que es para que este un poquito más tranquila, porque tiene mucho nervio. Está tomando gotas que son como un relajante muscular y está tomando una blanca que esa sí que no sé para qué es¹²² me lo puedes decir¹²³ (Madre de Maggie. 19 años. Diagnóstico médico: Trastorno somatomorfo)

Quiero destacar la importancia que tiene que los pacientes y sus familiares conozcan el tratamiento psicofarmacológico. Pues Maggie y su madre (esta entrevista fue realizada al retorno de un permiso terapéutico de fin de semana) dejan constancia del desconocimiento que tienen en cuanto a los medicamentos. Primero, la madre explica la medicación que toma su hija, a través de una clasificación por colores. Este hecho ya lo hemos encontrado en algunos relatos como el de Jano. Segundo, no sabe para qué sirven los psicofármacos; ni siquiera los efectos secundarios que pueden producir algunos antipsicóticos como el risperdal. Cuestión grave a mi parecer, pues si no conocen los efectos secundarios que tiene el risperdal, ni lo que es un efecto extrapiramidal, si aparece este efecto secundario en el domicilio ¿cómo lo detectarán? Y lo más importante: ¿sabrán actuar en consecuencia para poder evitarlo o prevenirlo?

En resumen, el conocimiento del tratamiento psicofarmacológico es un factor primordial para poder realizar un buen cumplimiento terapéutico. En los resultados presentados hemos visto que los informantes por lo general, no tienen conocimiento de la medicación que les prescriben los psiquiatras y que ellos toman. A muchos de

¹²² Akineton (anticolinérgico y antiparkinsoniano). Hay fármacos que pueden tener efectos secundarios y dar lo que se llama crisis o efectos extrapiramidales: se les ponga los ojos en blanco o rigidez en el cuello o mandíbula. Entonces para evitar estos efectos se les prescribe akineton. Para eso, para evitar que se produzca este efecto. Sí, es por eso, a veces hay medicamentos como el haloperidol (antipsicótico y neuroléptico), el risperdal (antipsicótico) y el clopixon (antipsicótico) pueden hacer estos efectos secundarios. No en todos los casos, pero a veces pasa. Entonces el médico lo intenta prevenir pautándole akineton, pues con una dosis mínima se puede evitar.

¹²³ Otra situación donde se evidencia del doble rol que juego en esta tesis. En ese momento yo dejo de ser antropóloga para convertirme en enfermera y explicarle para qué sirve el akineton.

ellos ni siquiera les parece importante esta cuestión, pues habitualmente no le preguntan al psiquiatra cuando se las prescribe. Incluso muchos de ellos, incluyendo las familias, tampoco conocen los efectos secundarios de la medicación, grave problema sobre todo en el domicilio del informante. En general, muchos no saben lo que tienen prescrito y están tomando, pero algunos recurren al psiquiatra para que les informe y otros se los apuntan en un papel para que no se les olvide.

En contraposición encontramos los informantes que sí que saben los que toman, teniendo más conocimientos de los psicofármacos (como es el caso de Paris y Vara), ambos diagnosticados de trastornos depresivos y que son conscientes de su enfermedad, siendo más difícil que conozcan los efectos secundarios.

Otros informantes conocen la medicación que toman y los efectos secundarios porque los ha buscado por internet y se han leído artículos que versan sobre estas medicaciones y sus efectos secundarios.

Otro factor importante es saber la duración del tratamiento, pues en muchos casos, estas medicaciones se convierten en tratamientos crónicos y en ocasiones algunos informantes el transcurso del tiempo, las aprenden de una manera mecánica. Tampoco debemos olvidarnos de los profesionales, sobre todo de enfermería que es la que prepara, administra y realiza la vigilancia del tratamiento prescrito. Las enfermeras por lo general refieren también tener pocos conocimientos de farmacología psiquiátrica. Llegando a realizar peticiones a los laboratorios de sesiones informativas sobre los nuevos fármacos que se van comercializando. Pues éstos ofrecen sesiones informativas a los psiquiatras, pero no a enfermería. Siendo una “incongruencia” pues ellas son las encargadas prácticamente de todo el proceso del tratamiento farmacológico: preparación, administración, vigilancia de la toma del tratamiento y de la aparición de efectos secundarios y del registro de la administración correcta.

9.5.- SISTEMAS MÉDICOS Y PROCESOS ASISTENCIALES

*El de la locura y el de la cordura son dos países
límitrofes, de fronteras tan imperceptibles, que nunca
puedes saber con seguridad si te encuentras en el
territorio de la una o en el territorio de la otra.*

Arturo Graf

En las sociedades occidentales la crisis del modelo de la biomedicina se manifiesta en las últimas décadas del siglo XX, por diversas razones asociadas con los altos costes de los sistemas de salud y de prevención. La rentabilidad exige que, en el ámbito de la sanidad, las consultas sean cada vez más breves, lo cual afecta a la relación médico/paciente, pues los denominados médicos de cabecera, actualmente “médicos de familia”, que conocían y realizaban un seguimiento de las familias durante años, ejercían capacidad de escucha, establecían una relación profesional y de cierta confianza con las familias, han visto mermado el tiempo de comunicación con sus pacientes. La medicina, que en Occidente había fomentado e instaurado una relación cualitativa con los pacientes durante siglos, cedió paso a una tecnología que, en nombre de la eficacia, se despojó de aspectos subjetivos del paciente, el cual sufre un cambio de posición pasando “de sujeto a la de objeto de una observación clínica” (Bernand, 2007).

La Biomedicina, medicina o atención médica históricamente ha tendido a subordinar y a deslegitimar las prácticas ajenas; conceptualización que Menéndez ha denominado modelo médico hegemónico:

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (Menéndez, 2010)

Y en cuyas características destacan:

El énfasis en la eficacia pragmática, el biologicismo y asocialidad del modelo, su concepción evolucionista-positivista, el individualismo, la universalidad, ahistoricidad y reduccionismo, la falta estructural de prevención, la mercantilización y la descalificación del paciente como portador de saberes equivocados una relación asimétrica médico-paciente, entre otras. Menéndez, propone que además del modelo médico hegemónico existen otros dos modelos

concurrentes: el modelo alternativo subordinado y el modelo de autoatención (Haro, 2000 en Perdiguero y Comelles, 2000:106-107)

Este modelo¹²⁴ hace referencia al sistema asistencial organizado por la medicina profesional o biomedicina y, que incluye, los submodelos de la práctica privada (individual o corporativa) y de la práctica pública y está basado en la asistencia profesional¹²⁵ ejercida por los profesionales médicos y por el personal paramédico¹²⁶ y de apoyo administrativo. La clasificación que nos propone Menéndez de las diferentes formas de atención es la siguiente:

- a) "De tipo biomédica referidas a médicos del primer nivel de atención y del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades. Estas se expresan a través de instituciones oficiales y privadas. Dentro de esta deben reconocerse formas antiguas, y comparativamente marginales en la biomedicina como son la medicina naturista, la balneoterapia o la homeopatía, así como la inclusión de formas devenidas de otras concepciones como es el caso de la quiropraxia. Aquí también deben incluirse las diferentes formas de psicoterapia individual, grupal y comunitaria gestadas por lo menos en parte desde la biomedicina;
- b) De tipo "popular" y "tradicional" expresadas también a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, espiritualistas, yerberos, shamanes, etc. Aquí debe incluirse el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos, así como el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos;
- c) Alternativas, paralelas o new age que incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.;
- d) Devenidas de otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina ayurvédica, medicina "mandarina", etc.

¹²⁴ La noción de modelo se refiere a un instrumento teórico-conceptual aproximativo a una realidad empírica que es mucho más rica y compleja que lo que intenta representar. Definición expuesta en Haro (2000). Menéndez a su vez lo define no solo como las actividades de tipo biomédico, sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales; es decir, que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado (Menéndez, 2003).

¹²⁵ Profesionales reconocidos por la comunidad científica y por el Estado, que han recibido formación en universidades y otras instituciones académicas que cuentan con sanción oficial.

¹²⁶ Aunque me disgusta y no me siento nada cómoda con esta categoría, según Haro (2000), las enfermeras son personal paramédico. Este personal denominado *paramédico* incluye formalmente enfermeras, auxiliares, farmacéuticos, técnicos de laboratorio, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales. La denominación de paramédicos expresa tanto la labor de apoyo que realizan frente a las acciones médicas como su dependencia subordinada -no sin fricciones y resistencias- en la jerarquía organizada por especialistas.

e) Centradas en la autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Clubes de Diabéticos, padres de niños con síndrome de Down, etc., cuya característica básica radica en que están organizadas y orientadas por las personas que padecen o co/padecen algún tipo de problema” (Menéndez, 2003:13)

Esta clasificación de las formas de atención no es estática ni funciona excluyentemente, sino que puede funcionar a través de relaciones entre dos o más formas de atención (Menéndez, 2003). Algunas articulaciones se generan a través de los propios curadores, que tratan de mantener su propia identidad y desde esa perspectiva se genera una apropiación de técnicas pero manteniendo la diferencia, hegemonía y/o exclusión a través de seguir proponiendo su forma de curar como la más idónea. Esta es la manera de actuar de la biomedicina:

Que si bien en gran medida puede ser analizada en términos de un mercado competitivo de saberes y técnicas, no sólo por supuesto es una cuestión de mercado, sino que incluye procesos ideológicos, sociales y técnicos que tienen que ver con el mantenimiento y desarrollo de la identidad profesional y de su hegemonía (Menéndez, 2003, 190)

En esta tesis simplemente realizo una aproximación a las medicinas alternativas dentro del ámbito de la salud mental; es decir, al conocimiento más específico sobre la utilización por parte de los sujetos entrevistados de otro tipo de medicina que no sea la biomédica. Con ello hago referencia a la denominada medicina popular o folk. Según Menéndez (2003), se puede observar en el campo de la salud mental o de la psiquiatría, que es uno de los campos menos legitimados dentro del saber biomédico y que, actualmente, se caracterizaría por utilizar estrategias y orientaciones que demuestran eficacia. Y debe subrayarse que sólo una pequeña parte de la psiquiatría recurre a formas de atención desarrolladas desde perspectivas no médicas.

9.5.1.- MODELO BIOMÉDICO Y BIOPSIICOSOCIAL

El modelo biomédico fue creado por René Descartes, en el siglo XVII. Es por excelencia el modelo adoptado por nuestra sociedad. Este modelo es dualista: considera que la mente y la parte física son elementos diferentes y totalmente aislados uno del otro. Este modelo postula que la enfermedad se produce netamente por factores físicos y químicos, aislados completamente de la parte mental y del comportamiento del ser vivo. El cuerpo humano se entiende como un conjunto de aparatos, sistemas, órganos

sin conexión entre ellos, viendo a la enfermedad como un daño sólo en una de sus partes (no concibe el cuerpo como un todo). Y el médico es el sujeto que trata de arreglar el daño en el cuerpo humano; en este modelo la cuantificación de todo es indispensable para tratar la enfermedad. El médico cura todo aquello que puede ver, reconocer, diagnosticar y clasificar. En este modelo se trata de curar enfermedades más no pacientes con enfermedades. Pues la medicina moderna basa sus principios en el pensamiento racionalista cartesiano y en la física newtoniana:

Divide la naturaleza humana en cuerpo y mente, donde el cuerpo es considerado como una estructura biológica cuyos elementos funcionan de acuerdo a leyes de la física clásica, en términos de movimientos y ajustes de sus partes. Sin embargo, en el siglo XX, las teorías de la relatividad y de la física cuántica generaron un paradigma diferente en el cual el universo deja de parecerse al exacto mecanismo de un reloj y comienza a entenderse como una unidad indivisible y armónica en los que el azar y el caos también forman parte de un complejo sistema de relaciones dinámicas. Esta perspectiva más globalizadora de la realidad se considera holística y ecológica y permite a la medicina estudiar, analizar y dar respuesta a problemas complejos para la cual la biomedicina tradicional no tiene respuestas eficaces (Introducción a la Medicina de familia y comunitaria. On line. http://rodas.us.es/file/4ab63de8-0474-23d0-fce4582b01684204/2/tema1_SCORM.zip/pagina_02.htm [consultada Junio 2014])

En contraposición, encontramos el modelo Biopsicosocial u Holista que contempla el cuerpo como un todo, como un conjunto de holones todos interconectados entre sí. La persona es vista como un todo: parte física, psicológica y social. La enfermedad es vista de una forma global en la que puede estar implicada la parte física, y la esfera psicosocial del individuo (cultura, religión, hábitos, ambiente). Al aislar estos factores lo único que se logra es curar una enfermedad temporalmente, ya que sólo se está erradicando lo que causa el problema internamente en el individuo, mas no se erradican los factores de riesgo o factores externos que causan la enfermedad (contaminación, violencia, mala higiene, etc.), por lo cual lo más probable es que la enfermedad reincida de nuevo. Por todo esto es que el modelo biopsicosocial no solo ayuda a erradicar la enfermedad sino que también ayuda a la promoción y prevención de la salud (Apuntes de Enfermería UB, 1991)

Pues, el modelo biomédico puede predecir bastante fielmente la sensibilidad de una bacteria a un antimicrobiano, pero resulta ineficaz si intenta predecir si un determinado paciente se va a tomar correctamente el tratamiento prescrito por

su médico. Ambas cuestiones son importantes para obtener unos buenos resultados en salud (Introducción a la Medicina de familia y comunitaria. On line. http://rodas.us.es/file/4ab63de8-0474-23d0-fce4582b01684204/2/tema1_SCORM.zip/pagina_02.htm [consultada Junio 2014])

Los entrevistados consideran que sí deben de tomar algún tipo de tratamiento es el farmacológico perteneciente al modelo cientificista o biomédico. Éste puede ser combinado con: *el psicólogo, el psiquiatra, la enfermera, etc.* (Dione. 51 años. Diagnóstico médico: Reacción de adaptación depresiva breve. Reacción de aflicción).

Los sujetos narran que poder conversar les ayuda a clarificar sus ideas y a reducir su ansiedad. Parte de los sujetos restantes, considera que son necesarios otros tipos de tratamiento: *tendré que seguir acudiendo al Centro Delta*¹²⁷ (Lykaios. 31 años. Diagnóstico: Trastorno personalidad Antisocial). *O cuando salga de aquí pediré hora a un dermatólogo* (Radamanto. 30 años. Diagnóstico médico: Trastorno disfórmico corporal).

También he obtenido otro tipo de respuesta, aunque no puede ser considerada como tratamientos: *la enfermedad se cura con cariño, buenos modales y con no acosarme. Los medicamentos no hacen milagros* (Marmara. 46 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia Esquizoafectiva)

Para algunos de los sujetos es importante estar allí ingresados, pues reconocen que el ingreso en el psiquiátrico es beneficioso y les hace bien: *desde que he ingresado aquí estoy mejor. Me siento tranquila y segura. Pues me molestaban los follones que hay de la gente* (Tess. 49 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia esquizoafectivo). *Te falta algo y tienes que venir aquí* (Rhodes. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide). Se sienten seguros estando allí, aunque en un principio ninguno de ellos quiere ingresar. Por este motivo, incluyen el ingreso en el centro psiquiátrico como un tratamiento.

Algunos acuden buscando ayuda: *vengo buscando ayuda psiquiátrica, psicológica, farmacológica y ayuda en el descanso. Pues, en mi casa no lo tengo por causa de un desajuste. Una ayuda para las pautas esas de cada día, de las comidas, de la*

¹²⁷ El Centro Delta forma parte de una red integrada de servicios municipales de atención a las personas con problemas específicos de drogodependencias.

medicación, de dormir (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar). Y acuden voluntariamente al psiquiátrico: *sí soy consciente de que necesito venir* (Atenea. 32 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia).

Al día siguiente, después del berrinchón, cogí yo misma la ambulancia y me vine para aquí. Porque estaba desesperada, no sabía con quien hablar, pensé me voy allí hablo con alguien y si me han de ingresar pues que me ingresen y ya está. Pues, lo veo... ¡como una salida! (Artemisa. 43 años. Diagnóstico médico: Trastorno Bipolar. Múltiples reingresos)

La percepción del ingreso, en general es necesaria y beneficiosa pero *en su justa medida*, pues cuando los días de ingreso se alargan, esta percepción cambia: *el ingreso pienso que es beneficioso, sí. Pero, sí estas los días correctos. Si te ponen demasiado tiempo no. Los últimos dos días me agobié y quería irme de aquí y iyo creía que nunca iba a salir de este lugar!* (Anémona. 26 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). E incluso genera miedo: *cuesta mucho, ha sido mucho sufrimiento. Al principio no entendía porque estaba aquí, ahora sí... ha sido beneficioso, pero me daría miedo venir. Pero sería más fácil venir... Si volvería a venir* (Otis. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia).

Cuando el ingreso se prolonga, en algunos casos el paciente se acomoda y adapta a vivir allí (*hospitalismo*), lo que puede ser contraproducente y puede tornarse exigente y manipulador. En algunas ocasiones estos ingresos podrían ser evitados, si existieran más recursos destinados a la atención comunitaria o domiciliaria. Aunque existen en España algunos equipos dedicados al seguimiento domiciliario de los pacientes psiquiátricos, estos actualmente en comparación con otros países, tales como Francia o Reino Unido, son escasos. Por ello, considero que debería destinarse más recursos a la atención comunitaria o domiciliaria de estos pacientes.

9.5.2.- EL OTRO ARTE DE CURAR: TERAPIAS ALTERNATIVAS VERSUS MEDICINAS MÁGICAS

Durante el trabajo de campo observé la existencia de otras formas de curar que son utilizadas tanto por los pacientes, sus familiares y por los profesionales. He podido observar que los informantes ingresados manejan diferentes formas de atención, realizando combinaciones entre ellas de diferentes procedencias *pluralismo médico*. Actualmente, el pluralismo asistencial y la utilización de las medicinas alternativas y

complementarias (CAM), según Perdiguero (1997, 2002), son fenómenos de creciente interés en el ámbito internacional. Entendiendo por pluralismo médico la utilización por parte de la población de instancias asistenciales y terapéuticas diferentes de las oficialmente reconocidas. Estas medicinas complementarias y alternativas (CAM): homeopatía, acupuntura, naturismo, terapias manipulativas, etc., han comenzado a recibir una atención creciente, tanto en el entorno de la Unión Europea como en Estados Unidos. Resultado de este creciente interés son los numerosos artículos o secciones que dedican al tema revistas de gran renombre como *British Medical Journal*, *Journal of the American Medical Association* o *Annals of Internal Medicine*, así como la creación de un subconjunto dedicado a la materia en MEDLINE. Por todo ello, existen en nuestra sociedad un conjunto de formas de atención que los sujetos articulan entre sí, dependiendo de sus necesidades y de sus preferencias influidas ambas por la cultura de su grupo doméstico, y utilizan como formas complementarias a la biomedicina:

El hecho de que el avance de la biomedicina no haya desplazado a las otras formas de curar, de que sea posible (...) una existencia de pacientes que no encuentran contradicción en acudir simultáneamente al médico, al curandero o al ensalmador, y que actualmente se detecte un incremento del curanderismo urbano es bien significativo a este respecto (García, 1998: 22)

La OMS menciona la dificultad de encontrar una definición que pueda abarcar todas las medicinas no convencionales. Esta organización apoya el uso de las medicinas tradicionales y alternativas cuando éstas han demostrado su utilidad para el paciente y representan un riesgo mínimo (OMS, 2004). Por ello propone hablar de Medicinas Tradicionales (MT) y Medicinas Alternativas /Complementarias (MAC)¹²⁸. No existe un consenso respecto a la definición de las “medicinas tradicionales”, “medicinas indígenas” o más recientemente “medicinas paralelas”. Denominaciones que, aunque

¹²⁸ La denominación de Medicinas Alternativas y Complementarias es una de las más utilizadas principalmente desde que fue adoptada por los Institutos de Salud de Estados Unidos para la creación del *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) en 1998. Este organismo define a las MAC y MT como los sistemas, prácticas, productos médicos y de atención de la salud que no se consideran parte de la medicina convencional. De acuerdo con la visión de la biomedicina se trata de una distinción flexible ya que lo que entra en la categoría de “alternativo” o “complementario” cambia continuamente debido a que, comprobada la eficacia de una terapia, ésta puede ser incorporada por los profesionales en los tratamientos convencionales.

son presentadas con frecuencia como sinónimos, encierran grandes diferencias de fondo. Medicina tradicional:

Ha sido el término más ampliamente usado debido a la difusión de la OMS (...) si bien, la definición original en la que se basó resulte hoy incompleta (...) la medicina tradicional representa la suma de todos los conocimientos, prácticas, explicables o no, usados en el diagnóstico, prevención y eliminación del desequilibrio físico, mental o social y basados exclusivamente en la observación y experiencia práctica, transmitidos de generación en generación oralmente o por escrito (Bannerman, 1977 En Lozoya, 1989:28-29)

Las MAC son aquellas prácticas médicas que no son parte de la tradición propia de un país y no están integradas en el sistema de salud dominante. Estos sistemas involucran remedios de origen vegetal, mineral y/o animal, técnicas manuales como la quiropraxia, terapias espirituales, entre muchas otras prácticas utilizadas para tratar, diagnosticar y prevenir enfermedades. En el contexto de la biomedicina se suele afirmar que las medicinas complementarias se utilizan conjuntamente con la medicina convencional y las alternativas en lugar de ésta. Una misma medicina puede ser alternativa y/o complementaria, ello depende de la estrategia de salud desarrollada por el paciente y de las visiones y recomendaciones de los especialistas particulares.

El National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM (2002), incluye además una nueva categoría, la medicina integrativa, que combina terapias complementarias con la medicina convencional. En ella se integran técnicas aisladas en el cuerpo de conocimientos de la biomedicina. Un ejemplo sería las técnicas de la acupuntura, pero se dejan de lado las concepciones filosóficas sobre el fluir de energía en que la acupuntura se asienta para definir sus teorías etiológicas de la enfermedad y fundar sus cursos terapéuticos. Y clasifica a las terapias de las medicinas alternativas y complementarias en las siguientes categorías o dominios:

Entre los sistemas médicos alternativos occidentales están la homeopatía y la medicina naturopática. Entre los de raigambre oriental están la medicina china y la medicina ayurveda (India)

Las distintas técnicas diseñadas para incidir a través de la mente en la modificación de las funciones y/o síntomas corporales, así como el enfoque sobre la mente y el cuerpo, son factores clave para poder seleccionar la terapia a seguir. Algunos ejemplos de este tipo son la meditación, la visualización, la curación mental, la musicoterapia, la danza-

terapia, las terapias biológicas, los métodos de manipulación del cuerpo, las terapias sobre la base de energía, terapias del biocampo, las terapias bioelectromagnéticas, entre otras (Idoyaga y Luxardo 2003).

Los informantes ¿son partidarios de la utilización de medicinas complementarias?

Sí, considero que se deberían de utilizar otro tipo de tratamiento o de terapias alternativas, además de convivencia de apoyo en el ámbito social y actividades varias conectadas con las peculiaridades de las personas enfermas (Moses. Auxiliar de enfermería)

Sí, como la medicina natural o alternativa. Ya sea terapias como relajación, respiración, yoga o thai chi, flores de Bach, acupuntura, homeopatía, dentro de la unidad ¿Por qué no? Creo que en una unidad de agudos faltan cosas de esas (Adara. Estudiante especialista salud mental)

Sí, no como sustituto en un principio, pero sí como complementaria, siempre en manos de profesionales. Por ejemplo, el reiki, reflexología, flores de Bach, aromaterapia, cromoterapia, relajación, hipnosis (Pandora. Enfermera)

Por supuesto, de una forma global, sin olvidarse de ninguno de los tratamientos. El enfoque del paciente hay que hacerlo multidisciplinar y por lo tanto con tratamientos diversos. El fin es poder atacar desde varias perspectivas las causas, motivos y consecuencias de la misma enfermedad y, de cómo incide en la persona. Tratamiento individualizado, en el que se incluye a la familia, se trabaja en el entorno, cambios de comportamientos. Ver como la persona es capaz de realizar técnicas de relajación, de grupos de ayuda, de expresión, de actividad para canalizar toda esta energía negativa en positiva. Yo, sí las utilizaría, las técnicas de relajación, el yoga, la terapia artística y terapia de movimiento. Los grupos de expresión posteriores hacen que se puedan compartir los beneficios de las mismas y, enseñan al paciente a que el pueda realizarlo solo en un momento determinado. En situaciones de ansiedad, de estrés, antes de tomar un psicofármaco o esperar la visita de un psiquiatra para que se la recete, puede probar a relajarse a través de estas técnicas. Y en muchos de los casos hace que el fármaco no se necesite o bien que se necesiten dosis menores (Irene. Enfermera)

La opinión de los psiquiatras está dividida:

Sí, se debiera hacer un enfoque integral del paciente que considere los aspectos ya mencionados. En pacientes neuróticos podría tener algún beneficio alguna terapia alternativa como flores de Bach, relajación, meditación, etc. (Electra. MIR de psiquiatra)

Yo creo que depende del paciente, su enfermedad y el dispositivo en el que se esté tratando. Cada terapia tiene un objetivo específico e influye también la capacitación del terapeuta. Aunque yo no las utilizaría en enfermedades mentales. No (Livana. MIR de psiquiatra)

Y hay quién intenta equilibrar la balanza:

Utilizo abordajes psicoterapéuticos a nivel individual o familiar y psicoeducación. Algunos pacientes “negocian” el sustituir medicación ansiolítica/antidepresiva por fármacos de medicina complementaria. En algunos casos, si es una decisión mutuamente negociada y hay una buena relación terapéutica, el empleo de estos fármacos puede ser aceptable. Indudablemente los psicofármacos deberían ser una herramienta más en el abordaje integral de los trastornos (que no enfermedades) mentales. En la mayoría de los pacientes se requeriría que los psicofármacos estuvieran enmarcados en un plan integral de tratamiento que debería incluir según el caso; abordaje psicoterapéutico individual, familiar o grupal, rehabilitación cognitiva y/o psicosocial, medidas de intervención y prevención a nivel comunitario, soporte domiciliario, etc. (Dr. Myles. Psiquiatra de agudos)

Casi todos los profesionales ven las terapias alternativas como un posible complemento del tratamiento psicofarmacológico y están de acuerdo en utilizarlas en personas con una enfermedad mental (todos excepto Livana). Algunos apuntan que deberían de ser una herramienta más en el abordaje integral o global de este tipo de trastornos. Pues como bien señala Amón Ra:

Hay medicamentos denominados alternativos (por ejemplo la Hierba de San Juan, *hypericum perforatum* o la fitoterapia) que han demostrado acción terapéutica equivalente a la de los fármacos en depresiones leves o moderadas. Otros abordajes alternativos y/o complementarios pueden ser útiles en patologías/sintomatologías psiquiátricas no graves. Las creencias del paciente sin duda influyen en la respuesta terapéutica y, por ejemplo, dar la posibilidad a un paciente con depresión leve-moderada y que cree en las terapias naturistas de que pueda elegir entre un fármaco antidepresivo y el hipérico, conllevará la casi segura elección del hipérico, favorecerá la alianza terapéutica, el cumplimiento del tratamiento y muy probablemente unos resultados terapéuticos positivos superiores a los que se hubieran obtenido con medicación antidepresiva (...) De todas maneras sí que hay que tener en cuenta siempre el poder de la palabra, y todo lo que sea una escucha atenta y empática, proceda de abordajes reglados/oficiales o de abordajes periférico/alternativos, siempre puede funcionar en psiquiatría, sobre todo en los problemas menos graves... “la obsesión expresada se debilita”, etc. Sin duda alguna yo las utilizaría. Las creencias de cada uno de nosotros, en este caso la de los “enfermos” son fundamentales para una buena adherencia/ cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico (Amón Ra. Farmacéutico)

El respeto por las creencias, sentimientos, prácticas, el abordaje emocional, la escucha activa, la relación de ayuda con el paciente son la base para un buen cumplimiento terapéutico y una buena adherencia. Sin embargo:

Otros enfoques: medicina popular, parafarmacia, alimentos funcionales, brazaletes magnéticos... son casi siempre inadecuados para el tratamiento de patologías psiquiátricas bien diagnosticadas, aunque se uso es alto debido a una

difusión y promoción masiva de sus hipotéticas “propiedades terapéuticas”. Hay que tener en cuenta que hay una amplia base de ciudadanos, a veces desengañados de la medicina oficial, a veces engañados por la apariencia científica que se da en los medios de comunicación -prensa, radio, TV...- receptivos a estos enfoques alternativo/complementarios (...). En las patologías adaptativas/reactivas con poca carga genética, los medicamentos suelen servir de poco y los planteamientos psicoterapéuticos suelen resultar más adecuados (en algunos casos la combinación de ambos abordajes). Hay que tener en cuenta que las patologías psiquiátricas con más carga genética (esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar I...) son las más graves y casi nunca responden a la administración de placebo, mientras que las patologías con menos carga genética y más reactivas a acontecimientos (contratiempos “magnificados” de la vida diaria, baja tolerancia a la frustración, sintomatología para-psiquiátrica, etc.) por una parte responden más al placebo y por otra suelen responder bien a técnicas psicoterapéuticas que pueden resolver las situaciones de conflicto actuales y además proveer al paciente de herramientas para aprender a ver y enfocar de manera distinta problemáticas de índole similar que se presentarán en el futuro. De todas maneras, hay que precisar que las enfermedades mentales, aunque influenciadas (de manera poligénica) por la genética, no son hereditarias. Se hereda cierta propensión que se concreta en la enfermedad cuando factores sociales y ambientales (aún no bien conocidos) se superponen a los genéticos de base (no es lo mismo tener al padre y un hermano esquizofrénicos, que tener en la familia tan sólo a una tía o a un primo... las probabilidades aumentan en el primer caso) (Amón Ra. Farmacéutico)

Aunque las medicinas alternativas y complementarias son prácticas médicas que actualmente no están consideradas como parte integral de la medicina convencional, como hemos podido apreciar van adquiriendo relevancia y están siendo aceptadas por la medicina ortodoxa. La lista de estas prácticas, medicinas o terapias cambia constantemente aumentando en número de tratamientos y en número de seguidores. En muchos casos demuestran ser seguras y efectivas.

Según el análisis de los resultados obtenidos encontramos informantes que no conocen las medicinas alternativas o complementarias, los informantes que explican su desconocimiento en este tema, pero expresan su deseo de conocer este tipo de terapias o tratamientos, los que conocen las medicinas alternativas o complementarias pero no las utilizan y los informantes que conocen y utilizan las medicinas alternativas o complementarias. Algunos informantes han tomado contacto con ellas a raíz de estar vinculados a algún tipo de programa del hospital psiquiátrico. Encontramos una amplia

gama de terapias alternativas.¹²⁹ Como podemos apreciar, coexisten tres tipos de medicinas: la alternativa o complementaria, la popular/ naturalista¹³⁰ y la mágico-religiosa (Véase tabla 14).

M.ALTERNATIVA	M. POPULAR/NATURALISTA	M. MÁGICO/RELIGIOSA
Yoga	Alimentación sana	Brujería
Thai chi	<i>Mi compañera es armenia y allí curan todo con remedios naturales.</i>	<i>El marido de mi hija cree en brujos</i>
Gimnasia sueca	<i>Alimentación sana, patatas naturales se hizo su propia película Tiene el hígado virgen a nivel de principios activos, fabricados químicamente, los principios activos que tienen muchas plantas</i>	Mal de ojo, Dios, Virgen
<i>He hecho yoga para los nervios y gimnasia sueca. También he hecho Thai Chi"</i>		<i>Llevo una cruz de madera y una estampita de la virgen del Rocío</i>
Reiki	Remedios naturales	<i>Toda la vida he creído en Dios. Me hice testigo porque creía, como me podía haber hecho de otro tipo de religión. Cambié de religión</i>
<i>He hecho reiki durante siete meses y me ha ido muy bien.</i>	<i>Había empezado a tomar las bayas de Goji¹³¹,</i>	Satanás
Relajación	Infusiones: tila, valeriana, manzanilla, menta, poleo, aloe vera, té rojo.	Ángeles
<i>Hacemos relajación en el centro de día.</i>	<i>De vez en cuando, en casa. Vivo en una residencia. En casa tomaba manzanilla, valeriana, cosas de estas naturales.</i>	Rezar
Homeopatía	<i>Alguna vez he tomado alguna tila para los nervios.</i>	Tener un don
<i>Las conozco pero no las utilizo.</i>	<i>Para dormir me tomé dos infusiones de manzanilla para el estómago y yo no tengo conocimiento.</i>	<i>Yo pienso que tengo un don o algo especial</i>
<i>No me tomo nada, pero las conozco. Hierbas naturales</i>		Curanderismo
<i>No, No, nunca</i>		
<i>No nunca me he tomado</i>		

¹²⁹ Puesto que no es un tema principal de la tesis, he confeccionado una tabla clasificando los diferentes tipos de terapias que contemplan los informantes y donde expongo algunos testimonios a modo de ilustración.

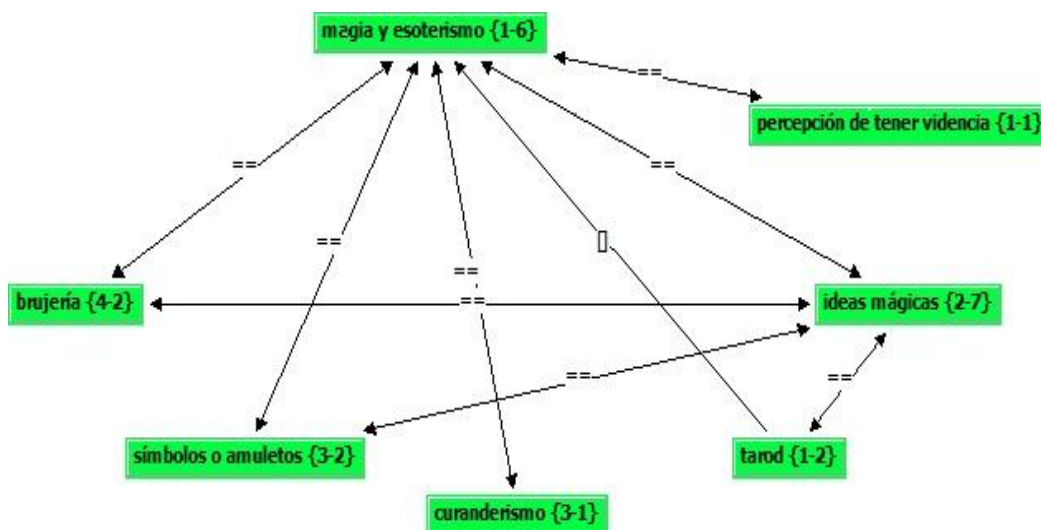
¹³⁰ Utilizo el término naturalista, pues la mayoría de los sujetos ha contestado que utiliza remedios naturales como: la manzanilla, tila, valeriana, etc.

¹³¹ Decir, que la baya Goji es uno de los alimentos con más nutrientes que existen. Se ha utilizado en china durante miles de años, por su alto contenido de caroteno y sus propiedades antioxidantes, para mejorar la salud y la longevidad. Aunque éstas pueden interactuar con medicamentos para la diabetes y para la presión arterial.

<p><i>nada, ni siquiera valeriana.</i></p> <p><i>Nunca, no sé que es.</i></p> <p><i>No tomo nada de medicina natural.</i></p> <p><i>No terapias alternativas.</i></p> <p><i>No practico, ni las conozco.</i></p> <p><i>No llevo símbolos, ni amuletos. No creo en nada, tú tienes tu ropa, tu calzado, tu casa, y si tienes coche, pues tu coche. Pero no creo hasta el punto de que te proteja del más allá”</i></p>	<p><i>Conozco el té rojo ese.</i></p> <p>vitaminas</p> <p>jalea</p> <p>Otras</p> <p>Curas</p> <p>actividades:</p> <p>Piscina, gimnasio, arobic, bicing.</p>	<p><i>Antiguamente, veinte y pico de años atrás hice homeopatía. Y me fue mal. He utilizado el curanderismo y también fue mal la experiencia. Y acudí por la desesperación. Y desde entonces, creo en mí y en mi familia y en los sitios que hay medicamentos, que hay tecnología, que hay gente que entiende y que sabe.</i></p> <p>Tarot</p> <p><i>Mi hermana tiene que estar acordándose de mí. Pues yo llamaba al tarot. Sí por el teléfono y me he gastado mil trescientos euros</i></p> <p><i>No creo en el tarot, lo leo pero no creo</i></p>
---	---	---

Tabla 14. Tipos de medicinas alternativas imbricadas en las narrativas de enfermedad.

Como se puede apreciar en la tabla anterior, existen testimonios que apuntan que la medicina mágico-religiosa se encuentra imbricada en las narrativas de enfermedad (Véase network 1)



Network 1. Códigos que integran la categoría temática medicina mágico-religiosa.

El curanderismo, los espíritus o personas fallecidas también se encuentran dentro del mundo mágico de los informantes: *creo que mi hermano fallecido tiene que ver con todo los casos raros que pasan en mi casa. Le he visto dos veces desde que falleció*

(Odell. 21 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia.). *He ido a curanderos pero son falsos igual que el tarot* (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar).

También encontramos personas que han cambiado o buscado refugio en otra religión buscando solución a su problema. Durante mi trabajo de campo puede apreciar que últimamente se ha incrementado el número de individuos que ingresan con delirios místicos e ideas mágicas, como creer tener un don, vampiros o inmortalidad:

Me obsesioné con la inmortalidad y con los vampiros, no a partir de crepúsculo, pues la hicieron después de que yo ya me encontraré mal. Yo al protagonista de *Crepúsculo* lo vi y lo saludé y le dije: ¡oye tú me sueñas de algo! Y me dijo “tú también” y le pregunté ¿tú cómo te llamas? Por ello yo jugaba a juegos de rol. Pero en el último juego tuve un pedazo de fallo increíble. Porque resulta ser, que los americanos para enganchar más tienen técnicas, así como de efectos ópticos y, me miré al espejo y las pupilas me hacían movimiento. Y pensé, me pongo gafas para mirar el ordenador (Dion. 18 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica)

Las personas ante las adversidades recurrimos a la religión, al mundo sagrado y mágico, a la brujería, curanderismo, tarot, etc. Estos mundos “esotéricos o religiosos” son protagonistas: *la bruja, es lo que dicen, y yo digo a la gente: que yo no soy una bruja* (Sophia. Mujer. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide).

La brujería y la maldad. Aquí ingreso porque hay personas malas fuera y no las podemos quitar del medio, creo que es real lo que me pasa. No podemos hacer nada porque no podemos quitarlas del medio. Mi familia cree que estoy loca porque no me creen, ¡no ven lo que yo veo! (Cora. 36 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia tipo afectiva. Derivada a subagudos)

El manejo o empleo de tipos diferentes de medicinas, indica que dentro del proceso de enfermedad también se recurre al mundo sobrenatural o sagrado, a la religión, a la brujería, al tarot, al rezo, todo ello con el fin de buscar una solución y salida a su problema. Cuando recurren a los espíritus, personas fallecidas, dioses, demonios les están dotando de capacidades para ver sus acciones y de esta manera poder protegerlos o castigarlos. Son imaginarios que anidan y viven en su mente, a los cuales recurren cuando necesitan ayuda o se sienten culpables de algún acontecimiento realizado. Por este motivo muchos de los sujetos utilizan símbolos y objetos que les pueda traer suerte o proteger de aquellas “presencias, energías o fuerzas invisibles”.

Dentro de los objetos mágico-religiosos los más numerosos son los relacionados con el cristianismo, religión católica mayoritaria en nuestra sociedad: sobre todo la

representación de la Virgen, bien sea en una estampita, medalla o una cruz. También se recurre a amuletos: *ahora yo llevo una pulsera de la salud (piedras blancas), mi hermana me la regaló. Y una botella de agua de Lourdes* (Marmara. 46 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia esquizoafectiva). Y otros objetos relacionados con otras religiones o creencias: brujitas de la suerte, objetos con minerales con propiedades beneficiosas y de prevención. Estas creencias religiosas van disminuyendo entre los individuos más jóvenes, que utilizan objetos o símbolos por estética o por gusto como tatuajes y anillos: *no, una pulsera de Taiwán reina de Francia* (Vesna. 29 años. Diagnóstico médico: Trastorno esquizoafectivo. *Llevo un tatuaje porque me gusta* (Xylon. 23 años. Diagnóstico: Trastorno psicótico). Todo ello se puede acompañar con rituales:

● CORA (36 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia tipo afectiva). Cora relata que Dios se comunica con ella, que tiene la misión de acabar con Satanás porque tiene un don. Refiere que la persiguen demonios que la quieren descuartizar, cortarle la lengua y ponerle clavos en los ojos. Explica que Zeus es maligno y que está subiendo la temperatura de la tierra para acabar con los seres humanos. Una mañana, observo que Cora lleva dentífrico esparcidos en ambos brazos. Le pregunto ¿por qué se ha puesto el dentífrico? y comenta que para ahuyentar los malos espíritus. También se encuentran unos cuchillos colocados en forma de cruz encima de un extintor. Vuelvo a observar que Cora lleva dentífrico esparcidos en ambos brazos. Esta vez me comenta que son cosas suyas

● MORGAN (27 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar) Se encuentra un tubo de pasta de dientes a la entrada de la habitación de Morgan y se le pregunta qué hace allí el tubo. El paciente comenta que Cora le ha dicho que lo ponga para alejar los malos espíritus.

● JANIRO (29 años. Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide) Se observan durante todo su ingreso que realiza rituales sanadores a otros compañeros de unidad e incluso a enfermería. Janiro cree que es el hijo de Dios. Y por este motivo Dios le habla otorgándole poderes sanadores: *yo ya te he curado y yo ya he hecho mi trabajo* (Janiro. 25. Esquizofrenia paranoide)

En resumen, existe cierta desconfianza y reticencia por parte de los sujetos a reconocer si utilizan algún tipo de medicina alternativa. Algunos de ellos, desconfiaban y pensaban que yo lo que pretendía era saber si tomaban drogas o algún tipo de sustancia. Por este motivo, encontramos testimonios que niegan tajantemente utilizar algún tipo de medicina alternativa. Otros informantes narran que conocen lo que son las medicinas alternativas o complementarias¹³², si profundizamos en esta cuestión se descubre que algunos sujetos entrevistados no saben realmente el significado de lo que se entiende como medicinas alternativas; confunden este término con la medicina naturalista o popular¹³³.

La utilización de otras medicinas, fuentes de conocimiento popular o amuletos, son indicadores de que la posible salida o solución a su problemática no está solamente en “manos del psiquiatra o terapeuta”, sino que también recurren a otros tipos de profesionales con el fin de encontrar protección y ayuda: curanderos, homeópatas, sacerdotes, etc. Constituyéndose como un tratamiento multidimensional ligado a las creencias, vivencias y experiencias de los individuos. Muchos de ellos se refugian en sus creencias religiosas o mágicas, en sus amuletos, en sus *rituales*, todos ellos conocidos y adoptados por nuestra sociedad.

Puedo decir que el tratamiento se encuentra condicionado por las creencias, normas, modas, costumbres y hábitos de la sociedad en la que se vive. Debemos de reconocer y aceptar que tanto la etnopsiquiatría como la psiquiatría folk están estrechamente relacionadas e imbricadas dentro de un pueblo o sociedad, cualquiera que sea su situación geográfica, su historia o su nivel de desarrollo. Pues los informantes siguen con la pauta de medicación psicofarmacológica y a la vez utilizan la medicina alternativa, buscando respuestas que la primera no les da. Pero no cómo renuncia sino como complemento.

¹³² Medicina complementaria / alternativa (MCA), según la (OMS). Las expresiones "medicina complementaria" o "medicina alternativa" se emplean de manera intercambiable con medicina tradicional en muchos países. Se refieren a un amplio conjunto de prácticas sanitarias que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal (Universia Science, 2002)

¹³³ Según el diccionario de la lengua española se entiende como medicina popular el conjunto de creencias y conocimientos sobre las enfermedades y su curación que proceden de la tradición y de la experiencia, no del estudio científico (Wordreference, 2005)

Por este motivo considero que la separación existente entre la medicina científica o ciencia y la medicinas alternativas/terapias complementarias o no ciencia, impide los avances del conocimiento y del saber, pues acaba influyendo negativamente en estos. Con este pensamiento, no podemos limitar, acotar o ignorar el área que corresponde a la etnomedicina y a también a la psiquiatría cultural, si no muy al contrario debemos de dotarla de la importancia que actualmente tiene, como evidencian las narrativas de los actores de esta tesis. Deberíamos de reconocer a las unas y a las otras como proceso socio-histórico de raíces comunes y de prácticas clínicas y terapéuticas. Puesto que, durante la mayor parte de la historia de la humanidad, la salud y la enfermedad, han sido conceptos ligados al mundo sobrenatural y mágico. Así las causas de las enfermedades, sus remedios y los agentes de aplicarlos, han estado íntimamente relacionados con el mundo de los espíritus. Y en la actualidad como podemos apreciar, este tipo de medicinas continúa estando presente en el día a día de nuestra sociedad y van en auge, quizás porque de alguna manera, cubren las deficiencias de la biomédica en el campo de la salud mental. Pues ¿quién en un momento de su vida no ha acudido a una herboristería, se ha tomado un remedio natural, no ha llevado una medalla de la Virgen, una cruz, un amuleto o símbolo que le dé suerte?

10.- CURSO Y EVOLUCIÓN: ¿milagros? ¡Yo no voy a Lourdes!

En este breve subcapítulo voy a tratar la última etapa del modelo de Kleinman: el curso y la evolución. Para el análisis de los resultados los informantes también han sido divididos en diversos grupos.

● Informantes que piensan que deberán de continuar tomando la medicación

En este grupo encontramos individuos de diferentes edades y de ambos sexos. Todos ellos piensan que deberán de continuar tomando la medicación psiquiátrica durante su vida: *no creo que pueda curarse sin medicación* (Gea. Mujer 83 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica). *Cuando salga de aquí tendré que tomar el tratamiento que digan* (Dion. 18 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica).

Sí, toda la vida con las pastillas. Aunque, dicho por los médicos de que cuando yo sea anciano, necesitaré menos medicación ¡es curioso! porque mis neuronas se aplacaran un poco más ¿Después de aquí? Seguir como estoy, acudir al centro de día de Martí Julia e iré al Centro de Salud Mental de vez en cuando (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar)

● Informantes que piensan que la enfermedad mental es incurable

En este grupo los informantes creen que la enfermedad es incurable: *no se cura nunca, se estabiliza con los medicamentos y las curas. Sin problema, esquizofrenia paranoide. Si se estancara descansaría un poco. Dicen que no se cura* (Apolo. 47 años. Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide).

Con la medicación, tienes muchas más opciones que sin ella, opciones de vivir y de estar tranquilo. Te da un abanico de posibilidades y sin ella se te reduce. La enfermedad hoy por hoy, no tiene cura, pero dentro de lo que cabe da la posibilidad de hacer una vida normal (Rhodes. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

Mentalizarme que hasta el fin de los días me tendré que medicar y que esto no tiene curación. Saber que un cáncer se puede curar, pero esto no. Hoy por hoy no, por eso no hay que esperar milagros¹³⁴. Esto es lo que he aprendido (Paris. 61 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo mayor)

¹³⁴ Muchos informantes exponen varias respuestas, por ello, podrían haber sido clasificados en cualquier categoría de este capítulo. Por ejemplo no tiene cura, pero que se deberán de medicar de por vida, y pueden hacer una vida normal.

Curar, curar, yo creo que no, lo que se puede es paliar. Pero a la hora de que dejes de tomarte la medicación, seguramente vuelva a pasar (Pandora. Enfermera)

Hermano de Argos: yo no creo que la cosa vaya a ir bien, “esta enfermedad es muy chungu”. Padre de Argos: sí a los 33 años está bien, ¡me baño en invierno en la playa!

Madre de Argos: los médicos dicen que no se cura pero yo no creo que sea para tanto. A veces me desespero (Familia de Argos. Hombre. 19 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

En general todos los entrevistados están convencidos que aunque se estabiliza, palia con la medicación si se sigue correctamente el tratamiento pero no se cura.

● Informantes que no saben cómo evolucionará

Otros informantes narran: *¡no lo sé, no lo sé!* Y muchos de ellos tienen dudas razonables de cómo evolucionará su enfermedad, aunque muchos de ellos piensan que es incurable. Este es el caso de Rena: *no sé cómo me puedo curar, yo creo que no hay remedio* (Rena. 71 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo). *No sabemos, porque como no se qué es lo que tengo ¡Je, je!* (Maggie. 19 años. Diagnóstico médico: Trastorno somatomorfo). Otros refieren que tendrán recaídas y limitaciones: *creo que la enfermedad que tengo comporta una recaída a largo plazo* (Finn. 47 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide).

Algunas limitaciones tendré. Pienso en el presente y pienso que el futuro es inalcanzable. Porque las enfermedades de la mente son muy malas y si tienes una recaída tienes que volver a ingresar. Es todo muy simbólico. Es decir, que lo mismo estas bien que estas mal. Es impredecible. Vivo un poco el día a día (Vara. 51 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo mayor)

● Informantes que piensan que se estabilizará

Aunque para algunos informantes el futuro es muy incierto, otros pensaban que podrían llevar una vida “normal” cuando salieran del psiquiátrico:

No se cura, puedes estar toda la vida sin ingresar, pero la enfermedad siempre, siempre la tienes (...) De aquí a unos años me veo hecha polvo, ja, ja, ja... ¿con diez años más? Tendré 53 años, a lo mejor tengo algún hijo, no lo sé, depende (...) Pues me veo, juntada con este chico, con un hijo o dos y haciendo una vida normal y corriente. Y poniéndome los inyectables. No va a cambiar nada mi vida, de como la tengo ahora. No va a cambiar nada. Más envejecida, y ya está (Artemisa. 43 años. Diagnóstico médico: Trastorno Bipolar)

Como se desprende de este testimonio, lleno de optimismo y esperanza, se puede llevar una vida normal fuera del psiquiátrico, tener una familia, aunque siempre con un control y seguimiento de su medicación, quizás sin necesidad de ingresar. Sophia no se ve fuera del psiquiátrico: *la enfermedad se estabilizará, estaré más tranquila. Yo me veo, como una persona atendida, querida, respetada aquí. Yo no, no me veo fuera de aquí* (Sophia. Mujer. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide). Los profesionales también opinan que sí que es posible y aunque pueden presentarse recaídas: *sí, sí siguen las pautas, la medicación y los controles, pues yo creo que sí* (Lilyam Enfermera). *Un paciente psiquiátrico siempre tiene la posibilidad de una recaída. Curar, curarse del todo no* (Ione. Enfermera).

Las enfermedades mentales son incurables y duran toda la vida. Pero cuando se tratan de manera apropiada y temprana, se realiza un cumplimiento correcto de la medicación, se lleva un seguimiento y unos controles, en algunos casos se recuperan completamente y no vuelven a tener otros episodios. Este seguimiento en general, es realizado desde el Centro de Salud Mental (según sector). O bien, por el servicio de Atención Domiciliaria. Para otros, la enfermedad mental puede volver a aparecer a lo largo de sus vidas, por lo que se requerirá un tratamiento continuo y la necesidad de ingreso en un centro psiquiátrico para tratar la recaída. Al igual que estas otras enfermedades a largo plazo, la enfermedad mental puede ser controlada y los individuos pueden vivir una vida normal y con plenitud. A pesar de que muchas de las personas enfermas puedan tener limitaciones y dificultades, incluso presentar incapacidades como resultado de una enfermedad mental crónica (efectos secundarios, delirios, alucinaciones, deterioro del estado general entre otras).

En resumen, aunque la enfermedad mental es “per se” una enfermedad crónica incapacitante a largo plazo, muchos de los individuos que la sufren pueden llevar *una vida normalizada*. Y si no, necesitan de un ingreso mucho más largo, bien en una unidad de subagudos, de media o larga estancia u otros dispositivos.¹³⁵ hospital y centro de día o el Club Badia que citaba Anémona.

¹³⁵ Con respecto a los diferentes dispositivos, tenía preparado un apartado exclusivo con opiniones de los informantes sobre ellos, actividades que se realizan, etc. Pero por cuestión de espacio y extensión no ha sido posible incluirlo. Pero sí que me gustaría simplemente constatar

que, para ellos, *la peor unidad es la H4 o agudos* y en contraposición encontramos muy buenas opiniones y un nivel muy alto de satisfacción de la unidad de H1.

11.- EL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO: MODELOS DE RECIPROCIDAD/REDISTRIBUCIÓN

Uno de los fenómenos que se estudian en esta tesis es la relación del tratamiento farmacológico, con los modelos de reciprocidad y redistribución; Es decir, la relación establecida en el tratamiento a partir de pensarlo como una transacción, una relación social y no tanto una realidad somática. Pues es obvio que el tratamiento impone una relación jerárquica que no es semejante a la reciprocidad, pero se espera una respuesta por parte del paciente y de los implicados en este proceso: un cumplimiento, una adherencia, una conciencia de enfermedad, una relación familiar y profesional, una legitimización y deslegitimación de roles, etc. También encontramos imbricado un papel y un poder de las empresas farmacéuticas. Todos estos factores entendidos como relaciones asociadas. Estas cuestiones podrían enmarcarse para su estudio dentro de la antropología económica. Por ello y sin profundizar (porque esta tesis no está enfocada en términos económicos) a continuación pasará a describir brevemente algunos de los conceptos que se abordan: reciprocidad, redistribución e intercambio y para ello he utilizado la división clásica.

11.1. – MODELO DE RECIPROCIDAD

El debate en torno a la circulación de bienes preciosos y el concepto de reciprocidad parte de la obra de Mauss, *Essai sur le don* (1924), donde ya se avisa del avance del capitalismo, el contrato y el mercado:

Son nuestras sociedades occidentales las que han hecho, muy recientemente, del hombre "un animal económico", pero todavía no somos todos seres de este tipo. En nuestras masas y nuestras elites, es costumbre normal el gasto puro e irracional y todavía es la característica de algunos fósiles de nuestra nobleza. El homo economicus no es nuestro antepasado, es nuestro porvenir, al igual que el hombre de la moral y del deber, al igual que el hombre de ciencia y de razón. El hombre, durante mucho tiempo ha sido otra cosa. Hace sólo poco tiempo que es una máquina complicada con una máquina de calcular (Molina, Valenzuela, 2007:257)

Toda sociedad produce, distribuye e intercambia bienes. Existen tres tipos de formas de distribución: reciprocidad, redistribución e intercambio (de mercado). Estas formas de distribución están relacionadas con una forma concreta y un modo de producción,

(con todo lo que ello supone: relaciones sociales, técnicas, propiedad de los medios...) dependiendo de la distribución de cada sociedad tendrá una forma de intercambio dominante, pudiendo coexistir diferentes formas de intercambio. Esto pasa sobre todo en las sociedades más complejas. En nuestra sociedad se dan los tres tipos de distribución pero la predominante es el mercado. Existen varios tipos de reciprocidad (Véase gráfico 6).



Gráfico 6. Moreno (2011) Tipos de reciprocidad

A continuación presento una cita de Covarrubias (1611), *Tesoro de la lengua castellana o española*, "Las Gracias" que me ha llamado la atención:

La razón que hubo para que fuesen tres, es porque la una haze la gracia y da el don, la otra le recibe, y la tercera buelve la paga del beneficio recibido. Pintávanlas jóvenes donzellas, porque la memoria del beneficio recibido por ningún tiempo se ha de envejecer; riéndose, por el gozo, contento y alegría con el que hemos de dar; y como las dos dellas están vueltas de rostro para quien las mira, la otra está de espaldas, dándonos a entender que de la gracia que recibiéramos, hemos de dar muchas gracias y reconocerla manifiestamente, y del beneficio y gracia que nosotros hiziéremos hemos de olvidarnos, por no dar en rostro con qué al que le recibe. Están desnudas, porque lo que se da ha de ser sin cobertura ni disfraz, pretendiendo interiormente en nuestro ánimo alguna recompensa; están todas tres travadas de las manos, dando a entender que el hazer gracias y recibir las entre los amigos ha de ser con perpetuidad y con una travazón indisoluble, acudiendo siempre en las ocasiones a lo que obliga la amistad" (Covarrubias, 1611)

Según Valdés (comunicación no publicada), en su artículo *Etnografía de la producción y la circulación*, el concepto de distribución se entiende como: las transferencias de bienes que se realizan entre personas o conjuntos de personas previamente unidas

entre sí por otros vínculos, económicos y no económicos, diferentes del que establece la propia transferencia. Estas transferencias se incluyen en una variedad de instituciones: obligaciones de parentesco, dones, fiestas, competiciones y mercados. A partir de este momento he tomado como referencia clave para trabajar este apartado el trabajo de Molina, Valenzuela (2006) *Dossier de Antropología económica* y la información aportada es un resumen de capítulo VIII dedicado a la Distribución.

Desde que Mauss publicara su *Ensayo sobre el don* (1924) mucho se ha escrito sobre la reciprocidad. Pero a pesar de la cantidad de los datos etnográficos aportados pocos avances se han logrado en el plano teórico¹³⁶. Este ensayo es una magna obra de gabinete, basada en materiales históricos y etnográficos, donde se conceptualiza un sistema de relaciones sociales, es decir, *el don*, que se fundamenta en la construcción de un orden moral que domina las voluntades individuales.

Este don, presenta una doble condición: una dimensión coercitiva o deuda que obliga a la contraprestación y una dimensión gratuita o gratuidad en la donación. La circulación no compete sólo a objetos, sino a personas y derechos. El valor social y de prestigio supera al valor material o lo circunscribe. Representa una economía moral que crea vínculos, respondiendo a una relación inscrita en el espíritu humano: “dar-recibir-devolver”, vinculando a personas y a grupos sociales en su conjunto. Mauss propone la existencia de un mecanismo universal del don centrado en el don, todo ello es aplicado al análisis de instituciones de Nueva Guinea (A. Strathern, 1971) y a la etnografía de Malinowski en las Islas Tobriand (M. Strathern, 1975; Leach, 1983; Weiner, 1976, 1992):

¹³⁶ Véase: Gouldner, (1960), Sahlins (1972), Godelier (1998).

Al donar no se pierde un objeto precioso sino que de hecho se conserva la vinculación inalienable con él. Este hecho se explica de forma también maussiana: los objetos forman parte de las personas, así como las personas forman parte de los grupos; sólo las mercancías están separadas, aunque sea de forma ficticia, de las personas (Molina, Valenzuela, 2006:186)

El propio Mauss a través del análisis del potlach americano (del que señala cuatro tipos diferentes) y del kula en la Polinesia y Melanesia, apunta la presencia de un principio humano fundamental: la obligación de dar, recibir y devolver. Ésta es la base clásica del don.

El don y el contradón está impreso en la psique humana: se cambian las cosas no por lo que valen, sino por lo que vale el cambio: la alianza, la solidaridad, la socialidad. La alternativa es la guerra, la hostilidad. Lévi-Strauss llevó, como sabemos, esta idea hasta sus últimas consecuencias (Molina, Valenzuela, 2006:183)

Tanto Mauss como Godelier escriben ampliamente sobre el don, pero no tanto sobre la reciprocidad:

Los dones, son formas ceremoniales de la reciprocidad, pero no la agota (Molina, Valenzuela, 2006,184)

Sahlins, define la reciprocidad en relación contraria a las relaciones del parentesco:

La reciprocidad generalizada como propia de la unidad doméstica o el linaje, la equilibrada como propia de la unidad política o la tribu y la negativa como propia de otros grupos políticos. El rapto y la guerra son así interpretados como formas de reciprocidad negativa, afirmando, de hecho, la existencia de una unidad funcional (Molina, Valenzuela 2006:184)

Reciprocidad según Alvin Gouldner es:

Un valor moral universal que obliga de forma general a ayudar al que te ayuda; su carácter indefinido le permite legitimar todo tipo de transacciones ad hoc. Esta formulación tiene, bajo nuestro punto de vista, la ventaja de señalar la doble naturaleza del concepto de reciprocidad: la material y la ideológica (Molina, Valenzuela 2006:184)

Godelier (1982) contesta que nada se devuelve sino que todo se re-dona, pues se crea una nueva deuda con la persona que recibe; por lo no se anula la deuda contraída, sino que se crea una nueva deuda con la devolución. Esta afirmación de Godelier, es aplicable al objeto de estudio de esta tesis ¿por qué? Porque según Mauss, el don representa una economía moral que crea vínculos, estos vínculos morales entre el facultativo y el paciente existen, son palpables, lo que implica una relación social entre

ambos actores: uno a través de una prescripción farmacológica y el otro de un cumplimiento terapéutico. Ahora bien, en esta alianza terapéutica (que no deja de ser de dominancia-subordinación) aparece una *especie de contra deuda moral*, donde el paciente debe de devolver el “don” que le confiere el psiquiatra a través de un cumplimiento y una adherencia. Se podría comparar como *una deuda de honor*. Los pacientes se sienten obligados moralmente con el médico, lo que los compromete a devolver el don, es decir, a tomarse la medicación, pues si no deben de dar explicaciones más tarde y realmente no se anula la deuda contraída, sino más bien se crea una nueva, tal y como ha expuesto Godelier.

La prescripción del tratamiento psicofarmacológico simboliza un objeto de poder, dotando de prestigio a quién lo realiza. Pues actúa representando y sustituyendo al psiquiatra cuando este no se encuentra en la unidad. Esta prescripción, bien sea verbal o escrita, aún no estando presente el psiquiatra, siempre lo representa. Las enfermeras cuando no quieren tomar la medicación los pacientes, muchas veces refieren: *se lo comentaré a tu médico y ya hablaras con él, a ver lo que te dice*.

Mauss a través del análisis del potlach (ya comentado), apunta la presencia de un principio humano fundamental: la obligación de dar, recibir y devolver. Al igual que Molina y Valenzuela nos expresan que recibir es la necesidad y dar y devolver son los medios. Aquí el tratamiento psicofarmacológico es la necesidad. Para ello, es necesario una prescripción por parte de un facultativo, *dar un don y un devolver cumplimiento terapéutico* del paciente. En el centro, nos encontramos lo que podría ser considerado como el medio o vehículo para que se cumpla “el don” en el acto de administración, donde además están involucrados o participan otras personas; bien sea en el hospital, (profesionales: enfermeras, auxiliares), en el domicilio, el propio paciente o los familiares.

A la obligación de dar, recibir y devolver, en este contexto, podríamos añadir otro término: *dar y quitar o cambiar*. Pues el psiquiatra tiene el poder de quitar, modificar o cambiar la prescripción. Lo que podríamos considerarlo (según gráfico 6) como reciprocidad feudal, que aplicada en psiquiatría, me he tomado el atrevimiento de denominarla, *reciprocidad psiquiátrica feudal*. Ahora analicemos en la práctica, ésta trilogía de conceptos. Clarificar, que para el análisis de la información obtenida, “el don

de dar” ha sido entendido de diferentes formas. En los psiquiatras el “don de dar” ha sido entendido como prescripción médica (competencia de los facultativos). En los profesionales de enfermería, el “don de dar” se entiende como proceso de administración de medicación y en el servicio de farmacia “la centralización y redistribución” de la medicación.

A la hora de prescribir un psicofármaco ¿qué espera el psiquiatra del paciente? *que exista una adecuada adherencia para valorar la real respuesta al tratamiento farmacológico* (Electra. MIR de psiquiatra).

Yo espero que el paciente siga la pauta prescrita. Que ante la presencia de alguna duda o efecto secundario me lo comunique y que se produzca mejoría de los síntomas que estoy tratando. Y por último, que mejore la introspección de la enfermedad y que prevenga las recaídas (Livana. MIR de psiquiatra)

Espero expectativas realistas del paciente (cuando ello sea posible) respecto a las posibilidades y limitaciones de la medicación, comprensión y aceptación de los potenciales riesgos y efectos secundarios, y cumplimiento terapéutico conforme a lo acordado. Espero también la suficiente honestidad y confianza en la relación para hablar de sus fantasías y temores respecto a los psicofármacos y, a posteriori, para poder hablar de problemas, si surgieran; evitando sobre todo que el paciente abuse del fármaco o abandone su uso a escondidas del terapeuta (Dr. Myles. Psiquiatra de agudos)

Todos ellos cuando prescriben (entendido como dar algún tratamiento) esperan *algo a cambio*:

- El paciente siga la pauta prescrita con expectativas realistas y la cumpla y exista una adherencia al tratamiento.
- Comprensión y aceptación de los riesgos y efectos secundarios. Y si surgen se les comunique.
- Honestidad y confianza por parte del paciente, para hablar de sus temores con los psicofármacos.
- Que exista una mejoría de los síntomas.
- Mejorar la enfermedad.
- Prevención del abuso y abandono de los fármacos.
- Prevención de las recaídas.

Este posicionamiento de los facultativos (sin consulta o intervención del paciente) podría converger dentro de una supremacía o posición de *reciprocidad psiquiátrica*

feudal, desde su perspectiva ellos tienen el poder de dar, cambiar o modificar la prescripción; incluso pueden *castigar* utilizando herramientas (quitar salidas, visitas, llamadas telefónicas o incluso permisos). Por este motivo, los facultativos son los que regulan *lo que dan*. En contraposición, considero que “ellos dan el don”, pero no son los protagonistas de la acción, sino más bien son los actores secundarios.

Ahora analizaremos al resto de protagonistas ¿las enfermeras qué esperan del paciente cuando administran la medicación? *que el paciente mejore de su situación y que disminuya la sintomatología que le ha llevado al ingreso* (Irene. Enfermera). *Que la acepte y se la tomen para encontrarse mejor* (Pandora. Enfermera).

Yo cuando doy la medicación espero una toma de medicación voluntaria por parte del paciente. Pues ello significa que existe una aceptación de la necesidad de tomar psicofármacos, confirmando que cree que tiene una enfermedad. Si él paciente pone problemas al dársela y no se la quiere tomar pienso ¡qué mal vamos! ¡Incumplimiento al canto! Pues esta reticencia a no querer tomársela puede ser por varios motivos: que no se fie de nosotros (que ya pasa), que te diga que no necesita medicación (esto es más frecuente de lo que creemos) o que no se considere enfermo. Por lo cual, seguramente tendremos un “rifi-rafe” para que se la tome. Lo que significará un problema en la relación establecida con el usuario (Irene. Enfermera)

Como podemos comprobar, ellas al igual que los facultativos esperan *algo cambio*:

- Confianza por parte del paciente.
- Que exista disminución y mejoría de los síntomas.
- Aceptación de la enfermedad (conciencia) y de la toma voluntaria de la medicación (cumplimiento, adherencia).
- Evitación de incumplimiento.
- Evitación problema de relación con el paciente.

Irene, a través de su narrativa, evidencia lo que en términos económicos y según (gráfico 6) podría considerarse una reciprocidad negativa pudiendo existir un enfrentamiento o conflicto entre el paciente y la enfermera. A pesar de que ambas categorías profesionales “dan”, bien sea a través de una prescripción médica o de una administración del tratamiento psicofarmacológico, sus expectativas no son las mismas, en el *don de recibir*. Por una parte, los psiquiatras esperan: confianza, honestidad, un cumplimiento y adherencia terapéutica, una disminución de los síntomas, así como la

prevención de recaídas. Y las enfermeras además de todos estos factores, esperan además una conciencia de enfermedad por parte de la persona atendida y una evitación de problemas de relación con los pacientes, en el momento del acto de la administración de fármacos. Pues este proceso de administración de psicofármacos exige una gran astucia, atención, comprensión y empatía por parte de los profesionales de enfermería. Es un proceso delicado y complicado, podría encasillarlo dentro de una *reciprocidad generalizada*, teniendo en cuenta que, durante este proceso pueden aparecer conflictos entre enfermería-paciente, que pueden llegar a dificultar las relaciones entre ambos actores, *reciprocidad negativa*.

No hay que olvidar que el proceso de administración de la medicación, durante el ingreso del usuario, se realiza en un comedor común, donde en ese momento se encuentran todas las personas ingresadas y el personal de enfermería. El carro de la medicación se coloca en el centro, pues existe una columna en medio del comedor. Y por lo general, las enfermeras reparten la medicación, junto a algún auxiliar y el resto del personal vigila a los pacientes. Cuando se administra la medicación la persona que la da, abre directamente los blíster delante del paciente y se los coloca en una cuchara, o en la mano (donde el usuario prefiere) y si son gotas se administran en un vaso con agua. Hasta que no se pueda asegurar que el paciente se ha tomado correctamente la medicación, la persona responsable de esa administración se queda allí de pie junto al paciente. Una manera de confirmar *que todo haya ido bien*, restaurando el orden, reciprocidad negativa.

En ocasiones es necesario decir al paciente que abra la boca y nos la enseñe. Pues muchos de ellos se la esconden debajo de la lengua o en algún lateral de la boca. Otros intentan “camuflarla” limpiándose la boca con una servilleta y aprovechan para sacarla y tirarla. Y otros incluso, se las guardan para dárselas a otros compañeros. Y hemos llegado a casos extremos, donde se han utilizado para *traficar con ellas, llegando a venderlas*. Por todos estos motivos, el resto del equipo, se coloca en lugares *estratégicos*, desde donde se puede ver a todos los usuarios y poder controlar y vigilar la toma correcta de la medicación previniendo un incumplimiento del tratamiento. Pero ¿qué estrategias ponen en práctica las enfermeras cuando el paciente no quiere tomarse el tratamiento?, ¿pactan, negocian, imponen?, ¿qué hacen?

Hay que averiguar primero el porqué, esto a veces puede evitar una confrontación con el paciente e intentar solucionar esa duda o reticencia y convencerlo para que se la tome. Por ejemplo: el paciente te dice que esa no es la dosis de fármaco que habitualmente toma. Primero, lo confirmo en el ordenador y miro que no me haya equivocado. Si no hay un error de dosis por mi parte, es decir que no me he equivocado al preparar la medicación, (a veces puede suceder), le confirmo que no me he equivocado y le comento que quizás el psiquiatra se la ha cambiado y no se lo ha comunicado. Si no accede intento convencerle por todos los medios, pero nunca amenazando con un castigo. Intento que vea que si no se la toma no se pondrá mejor. Otras veces el psiquiatra ha prescrito: si no se toma la medicación oral, pues hay que administrarla por vía intramuscular. En este caso le informo. Si aún así, no se ha convencido y no quiere, pues no le confronto. Antes sí que lo hacía y seguía insistiendo para que la tomará ¡ahora no! desde que el Dr. Kit, venía y nos decía ¡pues qué no se la tome si no quiere! Desde entonces ya no me peleó con los pacientes por este motivo, dejó constancia en el curso clínico que el paciente no se la ha tomado. Es resumen, intento que comprendan, pacto o negocio y en algunos ocasiones llego a imponer (en pocas) y en otras renuncio a que se la tome (Ione. Enfermera)

Lo que he hecho es que se lo hemos comunicado a la enfermera, y ella lo ha puesto en el parte. Intentar obligarle no, hacer una contención verbal. *Mira te la tienes que tomar, sino vas a desayunar, sino no vas a fumar.* De alguna manera estás ¿cómo se llama? Pactando. Sí, es un pacto, una negociación en el que o te lo tomas o no tendrás lo tuyo (Ligia. Alumna de enfermería)

O ¿soborno? Y si ya ves que hay alguno que no se lo quiere tomar, que se pone muy agresivo, pues, oye, *no te lo tomes y ya lo anotaremos en el curso.* Porque te arriesgar a que el paciente te diga *¡a mí no me da la gana de tomarlo y te la tire!* (Leda. Alumna de enfermería)

Pactar desde una situación de relación simétrica de “tú a tú”:

Intentas que comprenda. Le dices que es para que esté más tranquilo. O cuando te dicen que los vas a drogar, que igual lo que quieres es matarlo con la medicación, le dices que quieres lo mejor para él y que lo que quieres es arreglarle el problema que tiene. La cosa está cuando te dicen que no tienen problemas, que ya no sé como los puedes convence. Y si no se la quieren tomar se intenta hacer un poco de todo. Primero intentas negociar... Y luego si ya ves que no, creo que amenazo. Juego con algo que le importe y luego si no hay manera, pues te impones de la forma que sea. O apuntas que no se la ha tomado porque no quiere. Pero siempre hay que intentar que se tome el tratamiento (...) El hecho de negociar puede resultar beneficioso. Negociar de tú a tú, no es que te pongas por encima de ellos, sino que estas a su nivel (Anaís. Estudiante de enfermería)

Como vemos, ante la situación de un paciente que no se toma la medicación, las estrategias de abordaje de las enfermeras son diferentes. Pero a pesar de estas estrategias y de insistir en muchas ocasiones, deben de llegar a renunciar a que el paciente se tome la medicación. Todo ello, con el fin de no tener problemas de

relación. Pues en el fondo, el problema no es de la administración, si no de prescripción (desconocimiento de la pauta de medicación por parte del facultativo).

Retomando las narrativas en cuanto a las diferencias en las expectativas de lo que esperan recibir psiquiatras y enfermeras pueden radicar en la relación con el paciente. Pues el médico prescribe en base a sus conocimientos: manuales diagnósticos, de farmacología, etc. Cuando prescriben no acuerdan, ni hacen partícipe al paciente, ellos deciden y realizan una prescripción y solo en ocasiones sus decisiones de prescripción farmacológica son consensuadas con el paciente. Estos, pocas veces son informados de su pauta farmacológica, nombre del psicofármaco, dosis, efectos secundarios, cambios de medicación, etc., no sabiendo la mayoría de ellos, su tratamiento farmacológico. ¿Qué opinan sobre si los usuarios están de acuerdo con el tratamiento que se les prescribe?: *depende de que se sea tan asertivo al prescribir y al transmitir la necesidad del tratamiento* (Livana. MIR de psiquiatra).

Normalmente, sí. A la hora de indicar una determinada medicación se le da las diferentes opciones al paciente y, se decide conjuntamente. Así, es más fácil que estén de acuerdo. Muchas veces no se les pregunta y se les indica un tratamiento sin hacerlos a ellos partícipes de la decisión (Electra. MIR de psiquiatra)

Hay de todo. Hay pacientes que demandan medicación en exceso para resolver "mágicamente" su vida y sus problemas. Hay pacientes que niegan su problema y por tanto rechazan medicación; y en la mayoría de los casos considero que llego a un nivel de acuerdo razonable -y razonado- con el paciente sobre la medicación (Dr. Myles. Psiquiatra de agudos)

Y enfermería ¿qué piensa? *En general no están de acuerdo con el tratamiento prescrito* (Pandora. Enfermera) y (Moses. Auxiliar de enfermería). *Depende, en la mayoría de casos hay una aceptación pasiva por el desconocimiento de lo que toman, para qué sirve o lo que es* (Irene. Enfermera)

Muchas veces no se sabe su opinión sobre el tratamiento puesto que nadie se la pide, en otras el paciente no se atreve a darla, otras veces se le da información que no es bien recibida/valorada por creencias previas (de tipo delirante o no... p.ej. en esquizofrenia "me están envenenando" "la cápsula contiene un transmisor para espiarme"...), en otras ocasiones se le pregunta la opinión y se permite un intercambio de puntos de vista previo a la "consolidación" de la prescripción. Evidentemente esto último, si es factible, es la opción correcta (aunque también la que consume más tiempo asistencial), puesto que favorece la confianza del paciente con el terapeuta y los buenos resultados del tratamiento. Hay que procurar, si se dispone de medios y de tiempo, de "psicoeducar" farmacológicamente al paciente (y tanto los farmacéuticos como los diplomados

de enfermería podrían tener un papel preponderante en este aspecto), explicándole que se pretende y hasta donde se puede llegar con el tratamiento farmacológico, cuánto tiempo tardarán en aparecer las mejoras (casi nunca son inmediatas), qué tipo de efectos secundarios pueden aparecer y si aparecen que es lo que hay que hacer, cómo tomar correctamente la medicación (con o sin comida, antes o después de comer, pudiendo o no chafar/triturar la medicación, etc.) (Amón-Ra. Farmacéutico)

Como evidencian las diferentes respuestas, los facultativos intentan ser lo más asertivos posibles y ofrecen la posibilidad de un acuerdo con el paciente. Aunque también exponen que en ocasiones esto no ocurre así. Amón-Ra en su testimonio refiere que esta opción sería la correcta. Pues se trata de realizar educación farmacológica al usuario enfermo. Y en esta “formación” otorga un papel protagonista a las enfermeras y a los farmacéuticos. Pero, según mi opinión, este pensamiento es utópico. En primer lugar por las relaciones de poder arraigadas y existentes entre el estamento médico y el de enfermería. Y en segundo porque la *realidad* difiere de la práctica clínica:

Y le dije al Sr. Doctor ¿por qué me subiste a 15 gotas? (...) Solamente porque he hablado contigo. Y entonces me subió eso y me puso cuatro pastillas más. Y eso ¿por qué? Porque lo manda él ¿no? Porque él a mi no me está valorando, no me está viendo si realmente estoy bien. Y él está encerrado en un sitio, sí en su despacho; allí dentro haciendo sus labores y no sabe como estoy yo. Solo me ve cinco minutos si llega y decide que me pone, que me quita o lo que a él le parezca, sin ni siquiera informarme (Yurena. 25 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

Este testimonio se repite en muchos de los informantes. Pues la situación es la siguiente: los psiquiatras prescriben el tratamiento psicofarmacológico que consideran más adecuado para cada caso. El usuario (la mayoría) no le pregunta qué es el tratamiento, para qué sirve ni qué efectos secundarios puede tener. Es decir, el facultativo no le informa. Ni siquiera cuando les cambian la medicación se les notifica, es enfermería la que los alerta del cambio (pues ven que no son las pastillas que tomaban), durante el proceso de administración de la medicación, produciéndose una desconfianza hacia el estamento de enfermería (que en la mayoría de los casos tampoco ha sido informada del cambio de medicación del paciente).

Este desconocimiento por parte del consumidor de fármacos, puede representar la aparición de conflictos con la persona que va a administrar la medicación, en general

las enfermeras y los auxiliares. Pues si el psiquiatra ha cambiado un fármaco, la dosis o los horarios de administración el “enfermo” no lo sabe. Por este motivo, cuando la enfermera le enseña la medicación prescrita por el psiquiatra al paciente, sí se ha producido algún cambio, éste primero se extraña, después pregunta, o se enfada, pudiendo insultar, llegando en ocasiones a una agresión verbal e incluso física. También se puede culpabilizar a la enfermera que en ese momento le está administrando la medicación. Para evitar estos enfrentamientos, la enfermera, cuando existe alguna duda por parte del paciente, siempre va a confirmar que no exista un error de medicación. Este podría ser uno de los motivos, por el cual las enfermeras apuntan en sus expectativas la toma voluntaria de la medicación del paciente.

Otro factor señalado por Ione es la conciencia de enfermedad. Este es un factor clave para prevenir la aparición de problemas en el momento de la administración de medicación. Pues en ocasiones los pacientes viven como algo negativo, el hecho de que las enfermeras, le administren la medicación. Una de las respuestas más repetidas durante la administración de medicación es: *cuando la enfermera me da la medicación me parece mal, porque no la necesito. Yo no necesito que me den nada y menos medicación* (Vasilis. 39 años. Diagnóstico médico: Retraso mental). O en contraposición encontramos:

Las enfermeras ayudan a los pacientes a encontrarnos mejor y cuando el doctor, que es la persona que supervisa y que escribe lo que un paciente debe tomar, lo hace creyendo que el paciente lo necesita en ese momento. Y yo pienso que cuando las enfermeras dan la medicación, es porque las enfermeras piensan que el paciente lo necesita (Sophia. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

El proceso de administración de psicofármacos, es considerado un hecho normal dentro de un hospital y se enmarca dentro de la competencia de la enfermera, pues “el dar la medicación” es su función: *que la enfermera me administre la medicación lo veo como algo normal, ya que me encuentro en un hospital* (Marmara. 46 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia Esquizaafectiva). *Cuando me dan las pastillas pienso que será para que me ponga mejor, pues es cosa de médicos y se supone que será para mejor, no creo que den pastillas simplemente por dar* (Gea. 83 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica) (Rena, Melia y Jacinto). Según estos testimonios, todos ellos aceptan la medicación, sin un cuestionamiento. Una vez analizado este proceso o

transacción de dar y recibir medicación pasará a exponer si es considerado por los informantes como ¿un intercambio?

Bueno, un intercambio, supongo que sí, nosotros como personal que somos y que damos la medicación, sí que esperamos algo. Lo primero, esperas que haga efecto esa medicación y que la gente mejore y luego bueno, depende ya de la implicación personal que tengas con cada paciente (Adara. Estudiante especialista salud mental)

Sí, es un intercambio entre paciente y enfermera ¿Por qué? Porque yo como enfermera cumplo con mi obligación al administrar la medicación al paciente y el cómo paciente cumple con la suya al ingerirla (Pandora. Enfermera) O ¿reciprocidad?¹³⁷ Sí. Porque el paciente esta confiando en la indicación que le das. Y muchas veces es un medio para (obtener permisos, salidas, aprobación de la familia (Livana. MIR de psiquiatra). En contraposición el proceso de prescripción de medicación puede ser un intercambio recíproco:

En una relación paciente-terapeuta absolutamente todo lo que allí ocurre forma parte de un intercambio mutuo y recíproco. La medicación es una herramienta terapéutica que prescribe el psiquiatra, y como tal forma parte de ese intercambio recíproco (Dr. Myles. Psiquiatra de agudos)

En su narrativa el Dr. Myles reafirma que es una reciprocidad, pues da por sentado que esta relación la asume el paciente. Pero ¿realmente es así? Como han mencionado varias enfermeras en párrafos anteriores, en este proceso de *transacción de fármacos*, las enfermeras sienten que se reafirman en su rol de profesional: *yo como enfermera cumplo con mi obligación, es tu obligación que tomen la medicación, nosotros sabemos porque lo toman y lo necesitan*. También lo pacientes reafirman este rol y el suyo propio de enfermo: *ellas me las dan para encontrarme mejor*. A su vez, este hecho, también reafirma el rol de enfermo, o persona a la que va destinada esta medicación *él como paciente*. Se pone de manifiesto que existe una relación de reciprocidad generalizada, además de una legitimación de roles, (enfermera-paciente) cada uno de ellos con sus obligaciones y responsabilidades:

Si, es un intercambio recíproco: entre la persona que está enferma que la acepta y el terapeuta que se la da. El paciente se está reconociendo como paciente en el momento que accede a tomar una medicación. El terapeuta le está ofreciendo

¹³⁷ Algunos informantes están manejando un concepto mío, pues a los que no entendían el término previamente se lo había definido.

algo que hará que mejore su situación personal. De todas formas se podría entender como una especie de sumisión el hecho de aceptación. Yo me tomo lo que tú me das, porque tú eres el que mandas. Se tiene que conseguir un equilibrio en este sentido y hacer entender la necesidad del mismo para que el terapeuta sea el simple vehículo en el interior hospitalario. Es un intercambio de ideas, necesidades, hábitos; es una enseñanza y una aceptación, es en definitiva una aceptación y una toma de conciencia de lo que resulta ser la enfermedad mental. Porque el paciente ha de entender que el fármaco es necesario para su tratamiento, que sepa que lo necesita para no volver a recaer, que acepte que tiene una enfermedad, que acepte que como enfermedad que es, si no se trata no se cura y que si abandona existirá una recaída. Yo, creo que es recíproco, porque espero que el paciente mejore de su situación y que disminuya la sintomatología que le ha llevado al ingreso (Irene. Enfermera)

Según Molina y Valenzuela (2006):

La reciprocidad alude a dos fenómenos, a menudo relacionados, a saber, a la circulación diferida de bienes y a un constructo ideológico que afirma la obligación de devolver de forma equilibrada. Así, bajo la denominación “reciprocidad” podemos designar desde transferencias entre iguales, por ejemplo el intercambio de regalos entre socios comerciales, (...) a transferencias entre desiguales, como las relaciones de patronazgo o transferencias agonísticas, como en el caso de las instituciones de la economía de prestigio. En unos casos la circulación material puede coincidir con la norma moral pero en otros la norma moral esconde precisamente la desigualdad (Molina, Valenzuela, 2006: 184-185)

Tal y como exponen ambos autores, puede existir transferencias entre desiguales. Pandora e Irene dejan “entrever” lo que podría ser una relación asimétrica “de poder” en dicho proceso de intercambio, tanto por la parte competente del psiquiatra como por la de las enfermeras. Y Anaís confirma que cree que existe una relación de dominancia:

Tienes que ir diciendo, venga tómatelas. Y aunque lo hagas de tú a tú, siempre es como que mandas, que lo hagan porque tú se lo mandas. A veces la respuesta es por “joder” ¡pues ahora no me la voy a tomar, porque me lo está mandando! como los niños pequeños cuando les mandas. Pues existe un lazo, una situación de dominación (Anaís. Estudiante de enfermería)

Y a todo ello ¿qué piensa la persona enferma durante el proceso de administración de la medicación?, ¿cree este proceso es un intercambio? *Sí que consideró que el proceso de administración de medicación es un intercambio porque espero una mejoría y un alta* (Marmara. 46 años) *¿Existe una relación de reciprocidad? Un planteamiento difícil. Pero si fuera un intercambio yo intentaría ayudarte, hoy por ti y mañana por mí* (Dion.

18 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica) Es decir como un “dar y recibir un bien”: *cuando la tomo pienso, ¿me irá bien, me curare? (...) ¡No hombre! No es intercambio. Vosotros nos dais la medicación, para que sea un beneficio para mi, para que este mejor* (Megan. 34 años. Diagnóstico médico: Trastorno de personalidad). *La medicación no la veo como un intercambio me lo tomo como un hecho que necesito para cuidarme* (Vara. 51 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo mayor). Es una faceta implícita de preocupación por parte de la enfermera:

No, no es un intercambio, es una acción de bondad, de amor que tú me quieres ayudar y como eres enfermera te preocupas por mí. Pues pienso que las enfermeras son personas muy importantes en el ámbito de cuidar a los pacientes porque esto es un hospital y hay unas normas (Sophia. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

En resumen, el tratamiento psicofarmacológico para los profesionales, sí es un intercambio, pues se prescribe y se administra esperando recibir una respuesta del paciente “don-contradon”. Sin embargo, este proceso no es considerado por la mayoría de los pacientes como intercambio. Más bien es visto, como una tarea implícita en las competencias de los profesionales: *pienso que es porque me la tiene que dar, no creo que den pastillas simplemente por dar*. Y porque produce un beneficio para ellos, *nos dais la medicación, para que sea un beneficio para mi, para que este mejor*. Con estas afirmaciones reflejan una confianza ciega en las enfermeras. Sin embargo, en la práctica cotidiana del día a día estas aseveraciones no son *del todo reales*. Por ello, existen conflictos y confrontaciones entre enfermeras-pacientes, enmarcados dentro de las relaciones de “asimetría o poder”. Pues, aunque algunos profesionales no son conscientes de la existencia de lazos invisibles de dominación o de “poder”, éstos están presentes tanto en el proceso de prescripción, como en el de administración de medicación. Tal y como expone

El médico prescriptor se ubica en situación de *poder* sobre el paciente al disponer de la posibilidad de prescribir e *imponer* la administración del tratamiento farmacológico de su elección (aunque a veces, por ejemplo en hospitales, con los límites que acota un protocolo interno) a un paciente que por motivos diversos puede no creer en (o rechazar) esta medicación (Amón Ra: Farmacéutico)

Este testimonio demuestra la existencia de una reciprocidad psiquiátrica feudal, mencionada anteriormente, donde el psiquiatra tiene la capacidad de quitar. Pues los

que dan son los que quitan. Recordando a Molina y Valenzuela (2006) la reciprocidad, en su aspecto ideológico, esconde desigualdades y competencia allí donde se afirma la pertenencia a una misma comunidad moral en el mismo acto del cambio. El don puede confundirnos, porque es ante todo un acto ideológico, que se materializa en un bien o regalo (algunos informantes no lo ven así). Este proceso entendido como intercambio recíproco estaría presente sólo cuando se produzca en un contexto relacional de escucha, de respeto, de información y no dentro de un contexto autoritario:

El paciente psiquiátrico puede tener una opinión positiva de la medicación, pero también puede percibir la medicación como un intento de agresión a su integridad psíquica ("la medicación me controla" "me vuelve un zombie"...), o física ("me están envenenando", etc.). Dentro de un contexto relacional autoritario y/o poco informativo, no hay ni intercambio ni reciprocidad. Dentro de un contexto de escucha atenta, de información lo más detallada posible y que da la posibilidad al paciente (y/o familiares) de dar su opinión sobre el tratamiento farmacológico que se pretende o se va a prescribir hay intercambio, reciprocidad, alianza terapéutica y muchas más posibilidades de aceptación y cumplimiento del tratamiento. Históricamente no se le ha dado mucha importancia a la opinión del paciente sobre los psicofármacos, porque se consideraba una "opinión desde la enfermedad" y por tanto no demasiado válida, pero esto no es así, y muchas veces el paciente da opiniones "subjetivas" muy ajustadas a la realidad sobre las acciones farmacológicas y, sobre los efectos secundarios de los fármacos, que hay que tener en cuenta a la hora de ajustar dosis, combinar con otros fármacos, efectuar un cambio de molécula, retirar el tratamiento, etc. (Amón Ra. Farmacéutico)

Retomando el marco institucional donde se produce el intercambio de bienes: prescripción/administración de psicofármacos) podemos reproducir el *acto del don*, como proceso o acto ideológico, donde se pueden hacer aliados o enemigos. Todo dependerá del contexto donde se produce dicho intercambio. Bien sea, en un ambiente autoritario y poco relacional (donde la opinión de los pacientes no exista o no se tenga en cuenta) o por el contrario en un marco de simetría, donde éste último pueda expresar su opinión. Y de este entorno dependerán las expectativas y los resultados esperados por todos los actores implicados.

11.2. – MODELO DE REDISTRIBUCIÓN

Entendemos por redistribución:

Las transferencias a un fondo común y el reparto equitativo o desigual posterior, sin tener en cuenta el valor de las aportaciones previas individuales. Recordemos que las tres formas de integración propuestas por Polanyi (1976) y (1992) y reciprocidad, redistribución e intercambio, no son exclusivas de tipos evolutivos, sino que se presentan de forma simultánea en todas las sociedades (Molina, Valenzuela, 2007: 187)

Sin embargo, en cada una de ellas una de las formas es dominante:

When kinship dominates, reciprocity prevails; when political and religious institutions dominate, redistribution is found. In contrast, the modern market economy, in which all things are disembedded from their social conditions of production, is best understood through formal economics (Gudeman, 2001: 17)

Existen dos maneras de redistribución la igualitaria y la estratificada. Así en *Primitive, archaic and modern economies* Polanyi (1968) clasifica los sistemas políticos en tres etapas o tendencias: igualitario, de rangos y estratificados; caracterizados cada uno de ellos de una forma económica, sin ser estados estables (Véase tabla 15)

Estructura política	Sociedades Igualitarias	Sociedades Jerarquizadas	Sociedades Estratificada
Organización económica	Reciprocidad	Redistribución	
	No existe fenómeno económico tangible	Existe un líder que redistribuye los bienes	Mercados

Tabla 15.- redistribución la igualitaria y estratificada.

En la redistribución igualitaria, el colector y redistribuidor del fondo común no lo es por propia iniciativa ni permanentemente, participa de un modo activo en el esfuerzo de la producción y no obtiene ningún beneficio, ni material ni social por encima de los que obtienen los demás miembros del grupo (*e.g.* nacimientos, funerales) (...) En realidad, esta redistribución igualitaria no es más que una variante compleja de la reciprocidad. Durante cierto tiempo, una unidad de producción se beneficia de las transferencias diádicas e incluso recibe en ellas un trato privilegiado y está exenta de la obligación de devolver. Pasado ese plazo, la fiesta es su contraprestación recíproca. La centralidad social que la redistribución implica, en ésta igualitaria no es más que transitoria, concluye con la fiesta. Mejor dicho, concluida la fiesta el centro se desplaza, pasa a estar en otro colector y

redistribuidor al que una muerte en la familia le obligue a seguir los mismos pasos (Molina, Valenzuela, 2007: 187-188)

El individuo que actúa como centralizador y distribuidor no lo hace por propia iniciativa. Cumple con una misión momentánea y coyuntural que no le supone ninguna ventaja material o social. Sin embargo en la estratificada, el individuo o institución centralizador y redistribuidor lo hace por propia iniciativa obteniendo ventaja material y social. Dependiendo de si es permanente o no. Pues, este tipo de redistribución va ligada a una jerarquización social y política:

La redistribución estratificada es el ámbito en el que suelen darse las instituciones agonísticas. Veamos ahora dos ejemplos adicionales, el *buritila'ulo* y el *moka*, antes de ofrecer una interpretación de las razones de su existencia. En este caso, los bienes intercambiados en la competición son prácticamente equivalentes. En cambio, en el ejemplo siguiente, el vencedor puede llegar a conseguir que el perdedor no le pueda devolver la riqueza tan trabajosamente obtenida (...) En la redistribución estratificada el colector y redistribuidor lo es por iniciativa propia y/o permanentemente, puede participar en el esfuerzo productivo o abstenerse de hacerlo, y obtiene un beneficio material y/o social superior al que obtienen los demás miembros del grupo (*Big man*, incas, rey ashanti, *potlach*) (Molina, Valenzuela; 2007: 187-188)

Según Godelier (1986) el *moka* de Nueva Guinea puede describirse de la siguiente forma: el *moka* es un sistema de intercambios ceremoniales y competitivos que asocia y opone a un conjunto de tribus cuyos territorios rodean el monte Hagen (Véase Godelier, 1986 En Molina, Valenzuela, 2006: 189- 190) y el farmacéutico podría ser un *Big men* (banquero).

Para tratar la cuestión de la redistribución en el centro hospitalario, he tomado como referencia el servicio de farmacia que abastece a todas las unidades de hospitalización de fármacos y a Amón Ra como *Big men* de este servicio. El servicio de farmacia es el encargado de proporcionar, abastecer y dispensar de fármacos a todo el hospital: fármacos de todo tipo: somáticos, psicofármacos, diuréticos, anticoagulantes, pomadas, colirios, inhaladores, vacunas, inyectables, etc. Y Amón Ra debe *velar por el buen funcionamiento de este servicio y por la redistribución correcta del tratamiento farmacológico*. Él realiza las demandas o pedidos de fármacos a los laboratorios. Cuando éstos llegan al hospital son entregados en dicho servicio, donde son registrados, catalogados, etiquetados y colocados:

La dispensación de medicación desde el Servicio de Farmacia se sitúa en una posición intermedia entre la prescripción (impuesta o consensuada) y la administración más o menos aceptada de los psicofármacos. Farmacia efectúa un proceso asistencial de selección, compra, almacenamiento/conservación y dispensación individualizada de la medicación prescrita (Amón Ra. Farmacéutico)

Cuando un facultativo realiza una prescripción individual de fármacos para un paciente, es realizada a través de un programa informático propio denominado IMASSIS. El farmacéutico es la persona encargada de supervisar esta pauta: dosis, horarios, cantidad. Él vela para que se corresponda la prescripción del fármaco con el diagnóstico médico. En este punto ha habido en alguna ocasión una discrepancia de opiniones. Existen ciertos fármacos, risperdal intramuscular, paliperidona oral e intramuscular que necesitan de una solicitud de petición especial del psiquiatra al servicio de farmacia, sino Amón Ra no los dispensa. Otros necesitan controles por lo que se necesita el consentimiento del paciente:

El farmacéutico -dado su amplio conocimiento sobre los medicamentos- puede aconsejar al prescriptor sobre dosis adecuadas, efectos adversos potenciales, interacciones farmacológicas, etc., que, en ocasiones originan cambios y/o modificaciones en la prescripción original. Enfermería se encuentra en una posición de digamos "dependencia", en tanto en cuanto "debe" administrar (y administrar correctamente) la medicación prescrita (aquí también farmacia puede intervenir en ocasiones en que es consultada sobre el modo y momento correcto de administración con o sin comida, reconstitución de inyectables, conservación, etc.) (Amón Ra. Farmacéutico)

Todos estos controles, seguimientos y normas son competencia de Amón Ra, aunque el facultativo es la persona que tiene el poder de decidir y prescribir la pauta farmacológica. Según él, funcionaría de la siguiente manera:

La cadena "jerárquica" sería: el médico prescribe, farmacia dispensa y enfermería administra. Sin embargo también Enfermería puede influir en el prescriptor, puesto que al ser el profesional sanitario que pasa más tiempo cerca del paciente, sus observaciones "psicopatológicas" anotadas en curso clínico muchas veces son fundamentales para la valoración de una posible reevaluación (al alza, a la baja, añadir, retirar...) del tratamiento farmacológico. Por otra parte enfermería psiquiátrica en muchas ocasiones es quien decide si un fármaco pautado de reserva con la indicación "si precisa" (si inquietud, si insomnio, si agitación, etc.) acaba o no administrándose (Amón Ra. Farmacéutico)

El servicio de farmacia del Recinto Torribera, es el encargado de la redistribución y dispensación de fármacos con Amón Ra "como jefe de este servicio". Pues él tiene el poder de decisión en la dispensación o no un fármaco, en el cambio de una

prescripción: dosis, horarios, sustituir un fármaco por otro. En la reposición de stocks en las unidades. Dispone de conocimientos ante las dudas que puedan surgir tanto a los facultativos como a enfermería y puede informarlos y asesorarlos. Está en contacto con los laboratorios de fármacos. Anadir, que este servicio también obtiene beneficios por parte de las empresas farmacéuticas. Por ello, existe una lista de las industrias farmacéuticas proveedoras de medicamentos, así como una guía de fármacos que se pueden solicitar. Pues nos encontramos con fármacos que no se pueden dispensar desde farmacia y por ende no se pueden administrar en la unidad, porque no están la guía, son los denominados “fuera guía”. En conclusión, los conceptos económicos manejados en este apartado: reciprocidad, redistribución e intercambio, según los testimonios expuestos, podríamos catalogarlos de la siguiente manera:

- Primero, la prescripción facultativa podría ser considerada como un tipo de reciprocidad (entre psiquiatra-paciente), a la que yo he denominada reciprocidad psiquiátrica feudal siempre y cuando sea consensuada por ambos. Pues, de cierta manera, se establece un lazo de unión o alianza entre ambos actores, que moralmente obliga a “dar, recibir-dar”.
- Segundo, el proceso de administración de medicación entre la enfermera-paciente corresponde a un intercambio de bienes.
- Podríamos considerar como enclaves o “puertos” de intercambio (Polanyi, 1957) al comedor de la unidad de hospitalización, pues es un lugar donde está garantizada la paz y la seguridad por la autoridad del puerto (enfermeras y auxiliares). Pues la existencia de esta estancia común, hace posible el intercambio.
- Tercero, el proceso de dispensación de fármacos desde el servicio de farmacia, correspondería a la redistribución, entendidos los fármacos como bienes preciados, para conseguir un estado de salud óptimo. Puesto que es un sistema de intercambios ceremonial y competitivo que asocia y opone a un conjunto de actores: laboratorios, farmacia, facultativos, enfermeras, auxiliares, etc. Y donde el don máspreciado, como he referido, es el psicofármaco, convirtiéndose en el protagonista de la tesis.

12.- EL LEGADO DE LA QUÍMICA FARMACÉUTICA: ¡Sí, ensayos y ensayos y al paciente que nos jodan!

La utilización de drogas psicoactivas con fines sociales, religiosos, recreativos y médicos tiene una amplia historia, aunque es a partir de mediados del siglo XIX cuando se realizaron intentos esporádicos para utilizarlas, de forma ortodoxa, en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos; entre estas primeras tentativas se encuentra la famosa sugerencia de Sigmund Freud acerca del tratamiento con la cocaína. Sin embargo, sería la introducción clínica de la clorpromazina, la que implementó una nueva línea específica de investigación con psicofármacos, así como el desarrollo de la psicofarmacología clínica.

Según López-Muñoz (2006) los lugares y los procesos que intervienen en el desarrollo de los fármacos, pueden ser clasificados de varias maneras. Los fármacos eficaces en una determinada patología pueden descubrirse por medio de investigaciones empíricas de componentes nuevos o por medio de la comprobación sistemática de efectos clínicos. También puede tratarse de fármacos de diseño específico, que dependen de un conocimiento detallado de los mecanismos patológicos subyacentes, de la biología molecular en el mecanismo de acción de los medicamentos establecidos. El descubrimiento de fármacos por alguna o varias de estas vías tuvo lugar en diferentes ámbitos: en los laboratorios académicos de las universidades, las facultades de medicina o los institutos de investigación, en los laboratorios industriales pertenecientes a compañías farmacéuticas o como proyectos cooperativos de varias entidades. En general, el descubrimiento de compuestos se convirtió, sobre todo a partir de las tres últimas décadas del siglo XX, en prerrogativa exclusiva de los intereses de la industria.

La industria farmacéutica surgió durante el siglo XIX. Sus inicios tuvieron lugar en Alemania, como consecuencia de la expansión de su industria química, en especial la de los tintes y colorantes. El desarrollo de los laboratorios de investigación se expandieron a Suiza y Francia aunque también a Estados Unidos y Reino Unido. Compañías como Hoechst, CIBA, Sandoz, Eli Lilly, Parke Davis&Co., Burroughs Welcome&Co. Y en Alemania: Bayer y Merck. Todas ellas, establecieron y expandieron

sus propios laboratorios durante las últimas décadas del siglo XIX. Los avances terapéuticos de la industria farmacéutica durante la primera mitad del siglo XX estuvieron espoloados por un intento de contrarrestar las enfermedades infecciosas, para lo que se desarrollaron anti-toxinas y vacunas. También durante este periodo se produjeron los primeros preparados hormonales, alcaloides y derivados de alimentos, como el aceite de hígado de bacalao y los extractos de malta. Las actividades de los laboratorios dentro de estas compañías abarcaron el control de calidad de sus propios productos y, con frecuencia, también los de la competencia. Asimismo se establecieron cada vez más como lugar de procedencia de los proyectos de investigación de nuevos preparados. Después de la Segunda Guerra Mundial, muchas otras compañías desarrollaron instalaciones de investigación, siendo su estímulo específico para ello el aprovechamiento de los descubrimientos que se efectuaron en los laboratorios académicos, en especial las de la insulina y la penicilina.

Los trastornos psiquiátricos atrajeron poca atención. Aunque Shorter menciona a un psiquiatra italiano que durante la década de 1930 administró acetilcolina a pacientes esquizofrénicos, este caso parece aislado. Por el contrario, en los laboratorios académicos se llevó a cabo una importante investigación sobre aspectos básicos de nueva química y neurofisiología. En 1936, Dale y Loewi compartieron el premio Nobel de fisiología y medicina por su trabajo en la transmisión química de los mensajes nerviosos. En particular, estos autores y sus colaboradores, demostraron el modo en que las células nerviosas transmiten mensajes de una a otra y a sus células diana por medio de neurotransmisores químicos (López-Muñoz 2006: 1167-70) A mediados de la década de 1970, el prólogo de uno de los textos pioneros en el campo de la psicofarmacología refería:

Es difícil imaginar una época en la que no existían fármacos selectivos para el tratamiento de la ansiedad, la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos mentales, etc. La mayoría de los fármacos psicotrópicos se descubrieron con poca premeditación por parte de los investigadores. Los fármacos simplemente funcionaban, en muchas ocasiones con fundamentos escasos, y durante muchos años los psicofármacos fueron una disciplina empírica en busca de respaldo científico (López-Muñoz, Álamo, 2006: 1170)

12.1. REGULACIÓN DE MEDICAMENTOS

Organizaciones médicas de distintos países han elaborado pautas para asegurar una relación apropiada y estable con la industria, en la que siempre se vele por el interés del paciente, por ejemplo, el código ético de la Canadian Medical Association (2006). Para que la comercialización de medicamentos se autorice en los países desarrollados se deben cumplir tres requisitos legales: que el medicamento sea eficaz, que sea seguro y que sea de calidad. En muchos países se añade un cuarto requisito: que salga al mercado correctamente identificado con la información adecuada y que se actualice de acuerdo con el proceso científico. Naturalmente, esto no siempre fue así. Las primeras regulaciones de medicamentos datan de finales del siglo XIX y comienzos del XX y fueron dirigidas básicamente para evitar la distribución de productos contaminados o adulterados. Estas regulaciones precoces se enfocaron, pues, a establecer los sistemas de control de la toxicidad de los medicamentos (evaluada en animales) y de control de la calidad de su proceso de fabricación.

En España, la primera agencia que se crea es el Instituto técnico de comprobación de medicamentos allá por el año 1925. En 1974 se crea el Centro Nacional de Farmacobiología, vinculado después funcionalmente a la dirección general de farmacia y productos sanitarios. En 1999 se reúnen todas las fuerzas técnicas y dan lugar a la Agencia Española del Medicamento. En 2003, esta agencia asumiría también la regulación de los productos sanitarios, tomando con ello el nombre actual de Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (De abajo et Al; 2006. En López-Muñoz, Álamo; 2006: 1215-1219)

Considero oportuno incluir el último artículo de un monográfico titulado *Destruyendo los mitos sobre los diagnósticos y los psicofármacos en salud mental*, donde se revisa la obra de Kirsch (2010), Whitaker (2011) y Carlat (2010), que brinda una crítica al uso indiscriminado de psicofármacos y está impulsado en gran medida por las *maquinaciones* de la industria farmacéutica (Véase Anexo 4)

12.2.- ENSAYOS CON FÁRMACOS

Los ensayos clínicos son la herramienta fundamental en el desarrollo de la ciencia médica. No obstante, la variabilidad de respuesta, la idiosincrasia individual a los posibles efectos secundarios, la necesidad de concretar las dosis terapéuticas más adecuadas sin alcanzar la toxicidad sobre el organismo, han obligado a la comunidad científica al diseño de una metodología experimental exigente y con un alto grado de respeto a la Ética y a la dignidad de la persona. Desde la elaboración del Código de Nuremberg en 1947, que prohíbe la experimentación sobre un sujeto humano sin su consentimiento, muchos autores han escrito numerosos artículos sobre el tema. Los psiquiatras que llevan a cabo ensayos clínicos están obligados a revelar ante la *Ethics Review Board* y ante los sujetos de la investigación sus obligaciones y beneficios financieros y contractuales relacionados con el patrocinio del estudio (López-Muñoz, Álamo, 2006: 1250).

Los ensayos clínicos, son realizados por los psiquiatras en su horario laboral y la gran mayoría de los participantes de los ensayos no se encuentran hospitalizados, lo que resta tiempo para visitar a los usuarios ingresados. Por este motivo, muchos usuarios ingresados se quejan de estos ensayos: *al Dr. Panos solo le interesan ¡sus ensayos! ¡Sí, sí, ensayos, ensayos y ensayos! ¡Y al paciente que nos jodan!*" (Tess. 49 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia esquizoafectivo). *Y estas inyecciones son de un estudio. El estudio es con gente con enfermedad, que no ha tenido suerte con otros medicamentos o inyecciones y prueban con estos medicamentos. A mí me parece bien, todo lo que sea para mejorar* (Atenea. 32 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Existe una compensación económica para el paciente y algunos pacientes tienen interés en participar; aunque existe entre los informantes diversidad de opiniones:

Le he propuesto que si hay alguna posibilidad económicamente de hacer un ensayo o estudio clínico. Y él me ha dicho que contara conmigo, si hay un estudio especificado, que sepa que me va ir bien o a pacientes como yo, que me lo dirá (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar)

Expongo un texto (algo extenso, pero ilustrativo) en cuanto al papel de la industria farmacéutica, la prescripción de los psiquiatras y la política de los laboratorios:

El papel de la industria farmacéutica en un mundo ideal debería ser la difusión "neutral" de los conocimientos científicos, sobre las propiedades farmacológicas y terapéuticas de las moléculas, para las que han conseguido indicaciones terapéuticas. Pero, está claro que esto es difícil que pueda ser así, al ser los laboratorios empresas que precisan de beneficios económicos para subsistir y que en un mercado libre necesitan vender cuanto más mejor para que el beneficio sea el máximo posible, con lo cual su papel queda en un territorio ambiguo "bueno-terapéutico/malo-comercial". La Psiquiatría es un campo particularmente vulnerable por las características especiales y únicas del proceso diagnóstico-terapéutico (etiopatogenias desconocidas o muy poco conocidas, criterios diagnósticos frágiles y en permanente cambio, métodos de valoración de resultados imperfectos y aproximativos -y sin tener a mano marcadores biológicos operativos-). Todo ello conlleva que en Psiquiatría, los estudios están sometidos a numerosos sesgos y que la información derivada de los estudios pueda ser transmitida de manera que se magnifiquen y, resalten los resultados positivos para los fármacos. Los médicos a veces se creen impermeables a estas influencias sesgadoras, pero diversos estudios nos muestran una relación directa entre "volumen" de visitas de delegados de visita médica y "volumen" de prescripción. Las Administraciones Sanitarias tienen también responsabilidad en este tema, puesto que dejan una parte demasiado importante de la necesaria formación continuada en manos de los laboratorios, en lugar de proceder sistemáticamente a una información paralela a la de los laboratorios o, de dotar al médico de medios e instrumentos que le permitan una interpretación correcta y crítica de los resultados de los estudios: formación en epidemiología, metodología científica, medicina basada en la evidencia, acceso a bases de datos, etc... También hay que proporcionar a los médicos los conocimientos fármaco-económicos suficientes para efectuar una valoración del coste/eficacia de los fármacos y fomentar estilos relacionales éticos con la industria farmacéutica enfocados a una reducción de los posibles conflictos de interés. En este sentido algo se ha ido avanzando en los últimos tiempos, puesto que bastantes revistas científicas exigen para publicar una declaración de conflicto de intereses con los laboratorios comercializadores de los fármacos citados en el estudio a publicar. Otras van más allá y piden una información detallada de la contribución de cada autor en la elaboración y el contenido final del artículo. Algunos conferenciantes (sobre todo los que no tienen conflicto de intereses) han adoptado el hábito de empezar sus exposiciones con una declaración de conflicto de intereses, y sería muy de desear que este hábito lo adoptaran todos los conferenciantes (Amón Ra. Farmacéutico)

En conclusión, muchos facultativos pueden prescribir más o menos fármacos dependiendo de los regalos, sean o no económicos que les otorgan los laboratorio pertenecientes a las industrias farmacéuticas. Añadir, que a día de hoy, los representantes de laboratorios tienen prohibido ofrecer y dar regalos de ningún tipo, aunque *bajo mano alguno se ofrece*.

12.3.- MEDICALIZACIÓN E INVENCIÓN DE NUEVAS ENFERMEDADES

El proceso de medicalización va íntimamente ligado al tratamiento psicofarmacológico; por ello, no he querido acabar esta tesis sin dedicarle unas líneas.

El beneficioso papel y el impulso desempeñado por la investigación y desarrollo por parte de las industrias médico-farmacéuticas, ha dado lugar a la aparición de múltiples tratamientos efectivos que mejoran la vida de las personas. Por ello, es necesario reflexionar sobre su papel en la medicalización en ocasiones *innecesaria* de la vida. ¿Qué significa medicalización? El diccionario de salud pública de Kishore (2002) define la medicalización como una forma que se ha expandido en los años recientes en el ámbito de la medicina moderna y abarca problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas. Incluyendo una gran variedad de manifestaciones, como las fases normales del ciclo reproductivo y vital de la mujer (menstruación, embarazo, parto, menopausia), la vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales, así como la pobreza o el desempleo. La medicalización puede adoptar tres formas¹³⁸:

- 1) Redefinir las percepciones de profesionales y legos sobre algunos procesos, caracterizándolos como enfermedades e incorporándolos a la “mirada médica” Foucault (1966) como entidades patológicas abiertas a la intervención médica.
- 2) Reclamar la eficacia incontestada de la medicina científica, y la bondad de todas sus aportaciones, desatendiendo las consideraciones sobre el necesario equilibrio entre sus beneficios y los riesgos o pérdidas que implican.
- 3) La marginación de cualquier modo alternativo de lidiar con las dolencias, incluyendo tanto terapias de eficacia probada empíricamente como las formas desprofesionalizadas de manejo de todo tipo de procesos que van desde el parto hasta la muerte.

Los factores que contribuyen al creciente fenómeno de la medicalización de la vida son diversos y complejos. Los médicos son los principales agentes de la medicalización. Cada vez que se realiza un etiquetado de enfermedad, la consecuencia inmediata es que para cada uno existe un tratamiento, Eisenberg (1986). La percepción médica o la mirada médica (Foucault, 1966) es el proceso a través del cual objetos sociales cobran su existencia (Armstrong, 1983).

¹³⁸ Para el desarrollo de este apartado he seleccionado el trabajo de Márquez y Meneu (2007) y presento un resumen de su contenido.

Es frecuente interpretar la participación de los profesionales en los procesos de medicalización en función de los beneficios esperables. Detrás de la esperanza de proporcionar un beneficio para los pacientes, está el deseo de ampliar el mercado, abrir nuevas puertas al desarrollo profesional y la especialización. Sin olvidar los beneficios en términos de poder, influencia y rentas directas.

En el proceso de medicalización las interacciones son múltiples. Los médicos, bien solos o unidos en sociedades científicas, caminan de la mano de la industria farmacéutica¹³⁹. Yo me pregunto: ¿qué harían los psiquiatras sin psicofármacos?

Según Márquez y Meneu (2007), en un artículo publicado en *Eikasia*, Expósito (2000), se preguntaba¹⁴⁰: *¿son los médicos actores o espectadores en la difusión de nuevas tecnologías?* Su respuesta era afirmativa. Los médicos colaboran en la construcción de una cultura intervencionista y en la adopción de innovaciones. De hecho, la construcción de nuevas enfermedades es dirigida por investigadores *que se relacionan con las industrias farmacéuticas, consejos y aportaciones*. Estas aportaciones son relevantes en áreas con mayor incertidumbre, como la psiquiatría, donde la guía de los expertos y los referentes profesionales, se configuran como una de las principales fuentes de guía y orientación. En relación a la importancia “de los productos” que tratan y atendiendo a una conducta estrictamente razonable, es de esperar que esta industria, factor clave en la creación de nuevas enfermedades, no escatime esfuerzos para poder ampliar mercados. Especialmente en aquellos campos que disponen de una elevada sensibilización por parte de los *potenciales beneficiarios*: molestias fisiológicas o síntomas leves, aspectos estéticos, factores de riesgo, o evicción de las consecuencias de comportamientos no saludables, etc., (Moynihan, 2003), (Moynihan et al, 2002). Esta manera de proceder puede conducir a una situación en la que para cada nuevo diagnóstico o tratamiento se puede inventar una enfermedad (Márquez y Meneu, 2007).

Para la construcción de *nuevas enfermedades* y la comercialización de tecnologías que las diagnostiquen y las traten, la industria, tal y como he referido al inicio de este capítulo, financia a grupos de investigación de instituciones académicas y de

¹³⁹ Esta cuestión será tratada a continuación.

¹⁴⁰ Resumo su contenido.

sociedades científicas, que promocionen los nuevos medicamentos, a través de la publicación de artículos escritos por médicos influyentes en importantes revistas de impacto especializadas (Collier et al, 2002). También en ocasiones cuenta con el apoyo de grupos o asociaciones de pacientes. Una vez conseguida la implicación de los referentes de cada sector o especialidad, su plan de actuación e intervención de la industria son los médicos, quienes en definitiva adoptan la decisión de indicar o no los nuevos avances. Las formas clásicas de “incursión” es a través de obsequios, pago de viajes a jornadas, congresos, formación o similares, se han convertido en el punto de mira de las entidades financiadoras (Villanueva et al, 2003). Las actuaciones para lograr que los médicos prescriban pasan también por facilitar los medios y recursos a la hora de diagnosticar. En este punto es donde hacen acto de presencia los regalos de equipos y tecnologías que se consiguen a coste cero (Márquez, 2002).

Un ejemplo ilustrativo es el anuncio sobre la paroxetina que GlaxoSmithKline publicó en el New York Times Magazine en 2001, un mes después del ataque al World Trade Center. En medio de un clima de comprensible agitación, el anuncio afirmaba:

Millones (de personas) sufren ansiedad crónica. Millones pueden ser ayudadas por Paxil (Mintzes, 2002)

Casi a diario los medios de comunicación y la prensa, en especial la científica, advierten de la cantidad de personas “afectadas” de diferentes patologías: por ejemplo: menopausia, de osteoporosis, etc., que no están siendo tratadas. Los discursos son tan rotundos y muestran tal desasosiego por un estilo de vida saludable y el bienestar de la población, que se hace difícil ignorarlos. Y por este motivo, la población diana a la que van dirigidas estas campañas son personas sanas, a las que se les vende una aviso y al tiempo se les invita a consumir un producto. Adara comentaba esta cuestión:

Creo que está todo demasiado medicalizado. Tenemos tendencia a poner etiquetas y nombres a cosas que siempre han existido. Y en esta sociedad de bienestar, donde todo ha de estar bien, donde todo ha de ser rápido, se ha de conseguir ya y ahora. Yo creo que estamos perdiendo de vista determinados valores, determinadas formas de vida, que las cosas no se pueden hacer inmediatas. Pues esto, genera una ansiedad y un estrés ¡y todo ello está medicalizado ya! Por ejemplo: no me parece normal que una señora vaya a su médico de cabecera y le diga ¡es que me encuentro mal, estoy triste, estoy llorosa! Y el médico le diga lexatin de 1,5 mg (benzodiacepina). Pregúntale más, porque

igual le preguntas y encuentras que, se ha muerto su marido, o su madre, o se ha quedado en paro ¡Jovar, no va a estar triste! y ¡lo que tiene que hacer hincharse a llorar! y si en 6 meses no ha pasado eso, pues ya veremos si es patológico. Pero de buenas a primeras ¡todo medicalizado! Es lo que a mí no me acaba de cuadrar. Sí que creo que se necesita medicación para salir de determinadas enfermedades, por supuesto, pero es que otras... las estamos medicalizando tanto. Considero que no haría falta llegar a ese extremo. Me hace mucha gracia, pero parece que con esto me voy a radicalizar... Otro ejemplo, el síndrome de Ulises: España un país de inmigrantes por antonomasia ¡que te cuente tu padre, tu abuelo, no sé quien!, alguien que ha inmigrado lo que significa eso, ¡pues pasarlo fatal, lejos de tu ciudad, pueblo!, y ahora resulta que es un síndrome. Pero es que el que se va de su país tiene que pasarlo mal a la fuerza, hasta que se adapte, son cosas normales. Parece a veces que tratamos de ayudar y ¡medicalizamos todo! Yo creo que estamos pecando mucho (Adara. Estudiante especialidad salud mental)

Probablemente, el ejercicio de una psiquiatría sin participación del paciente es otro factor que conduzca a la medicalización. Pienso que instaurar una medicina más participativa o más “asertiva” supone un cambio cultural, sí, y por experiencia, sabemos que todos los cambios son difíciles porque implican abandonar lo conocido para embarcarnos en una “aventura” en la que posiblemente algunos de los protagonistas perderá estatus, poder y control. Y en la que se habrá que aprender otras habilidades y actitudes. Entre estas actitudes podemos citar las consecuencias de una posible medicalización excesiva. Tal y como expone Adara: *en general en nuestra sociedad, actos o hechos cotidianos, del día a día, son etiquetados como nuevas enfermedades y a las cuales se les adjudica una serie de fármacos. Lo que beneficia a la industria farmacéutica y a sus colaboradores.*

En resumen, la industria farmacéutica intenta convencer a los médicos para que prescriban sus fármacos. A través de visitas son informados de los nuevos fármacos con el fin de que los médicos los prescriban. Para conseguirlo ofrecen una serie de beneficios, que podrían considerarse una manera de presión, lo que puede derivar en problemas éticos, pues soy de la opinión que está bien informar, pero “pagarles” con obsequios me parece una manera *mafiosa* de obtener resultados. La industria farmacéutica no es la única que puede presionar a los médicos, pues, por otro lado podemos encontrarnos a otras instituciones gubernamentales o no. Este sería el caso del DSM-V, que ha llegado a medicalizar la *timidez* como patología mental y *mal de amores*. Cuando se produce una ruptura sentimental es normal que las personas

expresen su dolor llorando. Existe un refrán que dice *la mancha de una mora, con otra verde se quita*. Esta expresión nace de la creencia popular de que la mancha de una mora silvestre, sólo puede ser eliminada cuando se frota con otra mora de color verde. A pesar de este antiguo consejo, no existe mucha evidencia científica en esta idea. Cuando usamos esta expresión queremos expresar que, después de una relación sentimental que se ha terminado, el dolor desaparece al iniciar una nueva relación. Con idéntico significado existe la expresión *un clavo saca a otro clavo*. En la actualidad la propia familia llega a medicalizar estos sentimientos de apatía, tristeza, sufrimiento, etc., llevando a las adolescentes al psiquiatra o al psicólogo para que les den “algo”. Estos profesionales etiquetan el sufrimiento, la tristeza, el duelo, etc., y los clasifican con un diagnóstico en este caso de Distimia, que es una forma leve, pero crónica, de depresión. Los síntomas suelen durar al menos dos años o mucho más tiempo. Y por supuesto, esto conlleva un tratamiento psicofarmacológico. Pero hay que decir, que lo están etiquetando antes de tiempo, pues al menos debe de tener una duración de dos años. Esto puede evidenciar un nivel de “corrupción” comercial (multinacionales, empresas, laboratorios), pues, todos ellos obtienen beneficios a través de relacionar etiquetas diagnosticas médicas con fármacos. Añadiendo *nuevas fórmulas, nuevos fármacos a los nuevos diagnósticos médicos*.

EL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y LAS RELACIONES ASOCIADAS: una carrera en comité y un cuento largo y con cola

*El mío es un cuento triste y largo como mi cola
- dice el ratón hacia Alicia suspirando.
Desde luego, es bien larga tu cola- dijo Alicia,
mirando con asombro la cola del ratón.*

Lewis Carroll

13.- EL GRAN RETO DEL SIGLO XXI: el cumplimiento terapéutico

Dejar de fumar es muy fácil: yo lo hago muchas veces al día

Groucho Marx

Resumiendo a Basterra (1997), el incumplimiento de los tratamientos constituye uno de los grandes problemas de la salud pública actual, tanto por su extensión como por sus consecuencias clínicas y socio-económicas. Aunque las causas de esta falta de cumplimiento no siempre están claras debido a la complejidad de los múltiples factores implicados. Pues el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas presentan problemas de cumplimiento farmacológico. Por ello, no es de extrañar que el cumplimiento terapéutico haya sido calificado como el talón de Aquiles de la medicina contemporánea, sobre todo de la psiquiatría. Este incumplimiento terapéutico y sus factores asociados constituyen un ejemplo paradigmático, del fallo del modelo biomédico tradicional, para explicar el proceso de enfermedad, sus causas, su abordaje y sus consecuencias. De hecho, es un reflejo de la falta de sintonía entre los objetivos, las expectativas y las experiencias del paciente y su terapeuta y la de éstos respecto al sistema sanitario.

El modelo biomédico tradicional se centra en el tratamiento puntual de procesos agudos y en la inversión en costosos tratamientos para la curación. Este modelo obvió en gran parte la terapia a largo plazo necesaria para la prevención de recaídas en las enfermedades crónicas. Mientras que para los investigadores y facultativos es importante buscar nuevos tratamientos para los problemas resistentes, para los planificadores de los sistemas de salud, los servicios sólo se justifican frente a aquellos trastornos que responden al tratamiento. De esta manera el incumplimiento terapéutico constituye un factor clave en la divergencia existente entre la eficacia y la efectividad de los tratamientos médicos. La dimensión del problema ha llevado a elaborar recomendaciones específicas sobre el abordaje y la mejora del cumplimiento por parte de instituciones nacionales e internacionales (NIH 2001a, 2001b).

Según Salvador y Melgarejo (2002)¹⁴¹, la atención sanitaria se puede entender como una combinación de tres procesos interrelacionados: el proceso de enfermar, el proceso diagnóstico y el proceso terapéutico (Véase Ilustración 5) El cumplimiento es una parte esencial del tercer sistema: el proceso terapéutico. Dentro de este proceso es importante tener en cuenta las perspectivas de los implicados en él: profesionales, usuarios, familiares, la del sistema sanitario y el conjunto de la sociedad.

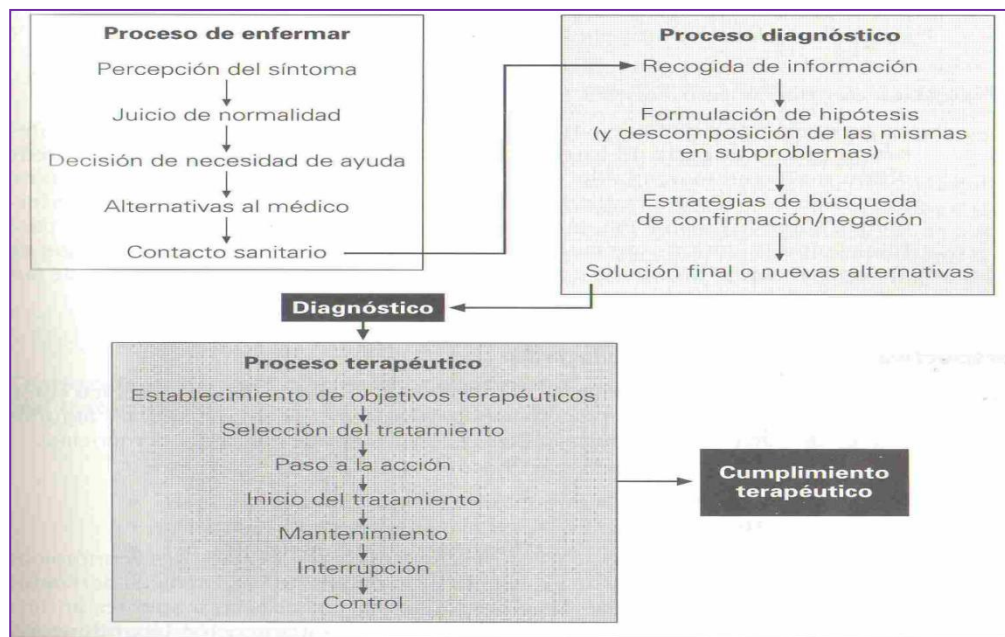


Ilustración 5. Los tres procesos de la atención sanitaria y el cumplimiento.

Empecemos por el interés del médico que se centra en la mejora del estado de enfermedad del paciente o la prevención de un agravamiento de su estado de salud en función de una serie de factores de riesgo. Desde esta perspectiva, la finalidad de la intervención consiste en disminuir al máximo la influencia de este vector sobre la efectividad del tratamiento con las medidas terapéuticas prescritas. Los objetivos prioritarios son conocer los factores asociados al incumplimiento, identificar a los pacientes con problemas de cumplimiento y desarrollar estrategias para mejorarlo. Por otra parte, encontramos que el interés del usuario del servicio de salud puede diferir de forma marcada del planteado por el médico. En general, el usuario pretende maximizar su calidad de vida minimizando los efectos de la enfermedad sobre la misma. Por ello, el paciente puede priorizar el no depender de pastillas sobre la

¹⁴¹ Para este capítulo continúo utilizando como referencia el trabajo de estos autores y realizo un resumen de su obra.

mejoría de sus síntomas, o puede pensar que las ventajas de prevenir riesgos futuros no compensa los inconvenientes del cambio de sus rutinas actuales. También la perspectiva del familiar puede diferir a su vez tanto de la del médico como de la del paciente. Y por último, el sistema sanitario puede estar más interesado en los factores económicos asociados al incumplimiento, en la aparición de problemas médicos derivados de éste, o en el impacto global de las medidas de prevención (abandono del hábito de fumar y morbilidad cardiovascular).

Estas diferentes perspectivas se reflejan a través de las narrativas de padecimiento manejadas por los pacientes y los profesionales de la salud. La variación entre ellas, así como los modelos del médico y del paciente sugiere diferencias en los entendimientos o posibles diferencias culturales. De hecho, en general, existen conflictos y afinidades entre los discursos de médicos-pacientes-familiares emergiendo diferencias en las explicaciones sobre la enfermedad que cada uno de ellos maneja y por esta razón en ocasiones, no se logra el éxito y cumplimientos de los tratamientos médicos (Campos-Navarro, Torrez, Arganis-Juárez: 2002).

El cumplimiento del paciente se ha definido como: la medida en que el comportamiento del paciente, en términos de tomar las medicaciones, seguir dietas o llevar a cabo cambios en el estilo de vida coincide con la prescripción clínica (Haynes y Cols., 1979). También se ha definido como el grado de convergencia entre las expectativas del profesional de la salud y del comportamiento del paciente (Muehrer, 2000). El criterio comúnmente aceptado sobre el grado de cumplimiento de un tratamiento sería el valor por debajo del cual no es posible que se alcancen los resultados terapéuticos esperados.

En la bibliográfica sobre cumplimientos utilizan varios términos: cumplimiento, adherencia, adhesión. Algunos autores consideran que el término cumplimiento denota una relación autoritaria de poder entre el médico-paciente y atribuye un papel pasivo al paciente, por lo que prefieren el de "adherencia". La adherencia terapéutica se refiere al grado en que el paciente acude a las visitas de seguimiento, ya sean solicitadas por el propio paciente o programadas por el médico. Sin embargo, adherencia y cumplimiento no son conceptos equivalentes, ya que un paciente puede acudir a todas las visitas y tener un mal cumplimiento o viceversa. Por su parte, Amigo,

Fernández y Pérez (1998), definen la *adhesión terapéutica* o conducta meta, como la incorporación en las rutinas cotidianas de la persona de nuevos hábitos beneficiosos para el sujeto. Como hemos visto, los factores que influyen en el cumplimiento terapéutico son numerosos y sus interrelaciones son complejas. En algunos estudios se han señalado más de 200 factores y variables relacionados con el incumplimiento. Los principales factores que pueden favorecer el incumplimiento, los mejor documentados, se exponen a continuación (Véase tabla 16).

Factores que favorecen el incumplimiento	
Influencia bien establecida	Posible influencia
1. Características del paciente.	
– Actitud despreocupada hacia la enfermedad ancianos y/o el tratamiento.	– Edades extremas: niños y
– Escaso grado de conocimiento de la enfermedad y/ o de la terapia	– Nivel educacional bajo.
– Desconfianza en la eficacia del tratamiento	– Status económico bajo.
– Escasa motivación para recuperar la salud.	– Inestabilidad emocional, depresión, personalidad hipocondríaca.
– Enfermedad percibida como poco grave	
– Desconocimiento de las consecuencias	
2. Características del régimen terapéutico.	
– Politerapia. medicación.	– Costo de la
– Pautas posológicas complejas y/o incómodas parenteral.	– Administración oral frente a la
– Incomprensión del régimen terapéutico.	
– Tratamientos crónicos y/o recurrentes.	
– Tratamientos preventivos/profilácticos.	
– Aparición de efectos secundarios.	
– Características organolépticas desagradables.	
– Formas farmacéuticas y/o envases de uso complejo.	

3. Características de la enfermedad.	
– Enfermedad “silente” o poco sintomática. asociadas.	– Coexistencia de otras patologías asociadas.
– Patología crónica, recurrente y/o recidivante.	
– Enfermedad leve y/o ausencia de complicaciones	
4. Características del entorno familiar y social.	
– Existencia de problemas de comunicación interfamiliares o sociales	– Escasa supervisión de la toma de la medicación.
– Alto grado de conflicto entre las normas familiares/ sociales y la conducta a dentro de la familia o amistades	– No haber ningún antecedente enfermedad
– Asistencia de los niños a las consultas sin la compañía de un adulto responsable.	– Soledad (vivir solo).
5. Características de la estructura sanitaria.	
– Burocracia asistencial.	
– Cambios de médico.	
– Dificultad de acceso a los centros sanitarios.	
– Coste de la asistencia.	
– Tratamientos ambulatorios frente a los hospitalarios.	
6. Características del profesional sanitario: médico y/o farmacéutico.	
– Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional sanitario.	
– Profesional con aptitudes y actitudes negativas para presentar la información: torpeza, falta de empatía, desmotivación, etc.	
– Ausencia de instrucciones escritas.	
– Lenguaje demasiado técnico.	
– Escasa o nula cooperación entre el médico y el farmacéutico.	

Tabla 16.- Factores que influyen en el cumplimiento terapéutico (Basterra, 1997:99).

Otro tipo de clasificación de todos aquellos factores que influyen en el cumplimiento/incumplimiento del tratamiento es la que nos proponen Salvador y Melgarejo (2002: 18-60): factores relacionados con la enfermedad (cronicidad, gravedad, estigma), con el tratamiento (administración, posología), con la interacción médico -paciente (comunicación, control, contacto -empatía), con el paciente (edades

extremas, recuerdo, creencias, motivación, auto eficacia), con el médico (empatía, estrategias de comunicación) y con el entorno (apoyo familiar y entorno existencial). Para la exposición y presentación del análisis de los resultados he optado por hacer una clasificación propia combinando elementos de estas dos clasificaciones más los resultados obtenidos de las dos escalas (ROMI) y (BMQ).

13.1.- PROCESO TERAPÉUTICO: FACTORES QUE FAVORECEN EL INCUMPLIMIENTO

A pesar de los grandes avances diagnósticos y terapéuticos de las últimas décadas, los problemas relacionados con el cumplimiento farmacoterapéutico persisten. Por ello, el incumplimiento de los tratamientos constituye uno de los grandes problemas de la salud pública actual, tanto por su extensión como por sus consecuencias clínicas y socioeconómicas. No es necesario repetir que el régimen terapéutico constituye un factor determinante para el establecimiento de un adecuado cumplimiento. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: la complejidad de los tratamientos, la posología o dosificación, la administración y los efectos secundarios. Mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios), más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente (Colectivo de autores, 1997). Por todo ello, una buena información por parte del psiquiatra sobre la medicación y la selección del tratamiento más adecuado son claves para conseguir el cumplimiento adecuado posterior.

La vía de administración por excelencia es la oral, aunque cada vez es mayor la frecuencia de los tratamientos con fármacos (depot) administrados por vía parenteral o intramuscular: *oral no. Ahora quiero las inyecciones. Aunque es un poco palo y un poco dolorosos los pinchacitos que me dan. Me pinchan el xeplion intramuscular (antipsicótico)* (Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Pienso que los inyectables son mejores que las pastillas, porque son más cómodos y parecen que hacen más efecto. Pues te evita tomarte pastillas. La gente se salta las pastillas porque no se acuerda. Me encuentro mucho mejor con el clopixon depot (neuroleptico) con akineton (antiparkinsoniano y anticolinérgico) cada quince días (Atenea. 32 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

A mí no me cuesta nada ponerme la inyección, risperdal de 100 mg (antipsicótico). Yo me lo pongo y estoy sin medicación catorce días (Artemisa. 43 años. Diagnóstico médico: Trastorno Bipolar)

Los informantes prefieren los fármacos administrados por vía intramuscular antes que por vía oral, pues son más cómodos y no están sometidos a horarios, permitiéndoles realizar una vida normalizada y de acorde a su edad. Existe un aumento en la prescripción de estos fármacos debido a un mayor cumplimiento con medicamentos intramusculares frente a los tratamientos orales convencionales.

Ante la pregunta ¿qué efectos secundarios crees que son los más frecuentes? *Sedación y síntomas extrapiramidales* (Livana. MIR de psiquiatra). *Somnolencia, sequedad de boca, extrapiramidalismo, acatisia* (Electra. MIR de psiquiatra). Amón Ra relataba:

Los efectos secundarios de los psicofármacos son numerosos y de todo tipo, tanto somático (nauseas, cefaleas, hipotensión...) como también de tipo psiquiátrico, generando en ocasiones como efecto secundario una nueva sintomatología psiquiátrica más o menos específica que puede superponerse a la psiquiátrica de base favoreciendo confusiones diagnósticas y terapéuticas, dándose a veces situaciones paradójicas, como por ejemplo la de que un antidepresivo/ansiolítico pueda provocar como efecto adverso al principio del tratamiento un aumento de la ansiedad basal, que pueda propiciar, si no se conoce bien la posibilidad de aparición de este efecto adverso, un incremento inadecuado de la dosis del antidepresivo/ansiolítico "cascada terapéutica" o una retirada rápida y precipitada del fármaco (que, aparte de dejar la patología sin tratar, puede precipitar la aparición de un síndrome de retirada) (Amón Ra. Farmacéutico)

Depende de la categoría de psicofármacos empleados. Los que más veo son síntomas extrapiramidales (rigidez, temblor, distonías) si bien su frecuencia ha disminuido considerablemente con el empleo de antipsicóticos atípicos. También hipotensión, mareos, somnolencia, boca seca, estreñimiento, aumento o disminución del apetito. Aumento del peso corporal y alteraciones en perfil metabólico (glicemia, triglicéridos, colesterol) (Dr. Myles. Psiquiatra de agudos)

Depende del tipo de psicofármaco. Todos los medicamentos tienen sus efectos adversos, sus contraindicaciones y sus efectos secundarios. Las acatisias, discinesias y efectos extrapiramidales de los neurolépticos. La habituación en el uso continuado de benzodiazepinas. El aumento de peso en algunos casos pero el más frecuente de todos es el sopor o una disminución de la actividad física debida a lo mismo y consecuencia del tratamiento sobre todo al inicio del mismo y hasta que la persona no empieza a tolerarlo y se encuentra su dosis adecuada que interfiera lo menos posible en sus AVD (actividades de la vida diaria (Irene. Enfermera)

Como podemos apreciar, el consumo de psicofármacos produce una gran cantidad de efectos secundarios. Estos efectos son muy variados encontrando entre los más frecuentes: rigidez, temblor, acatisia, síntomas extrapiramidales¹⁴², enlentecimiento, sedación, sialorrea, aumento del apetito con el consecuente aumento de peso. De tipo orgánico encontramos: hipotensión, mareos, náuseas. Algunos informantes explican qué efectos secundarios presentan más frecuentemente, confirmando la información referida anteriormente por los profesionales.

Entre ellos encontramos la excesiva somnolencia o sopor, el cansancio o apatía, enlentecimiento, temblores, acatisia, disartria, dificultad al hablar y que se produce en el habla distorsionada: *me noto más cansado. Lo único que noto es que estoy más lento* (Raissa. 29 años. Diagnóstico médico Trastorno psicótico). *Si no me las tomará, no me entraría tanta "dormilera"* (Rena. 71 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo). *Temblores* (Gea. 83 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica).

El zyprexa (antipsicótico) no me lo tomaba porque engordaba. El tema es que engordo y debo de seguir una dieta muy estricta. También noto mucho sueño y el rivotril (benzodiazepina) me da sequedad de boca y ¡pareces tartaja! La risperidona (antipsicótico) me ponía tremendamente nervioso y no puedes dejar de andar en terminología médica se llama acatisia (Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

Artemisa, Atenea, Tess y Elma también refieren que las pastillas les engordan: *cuando me pinchaban me caía la baba (sialorrea)* (Rhodes. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide). Ajax nos explica el concepto de anhedonia:

Tengo problemas con la eyaculación, no eyaculas y no tienes deseo sexual. Y esto se vive un poco mal. Pues, es un poco palo un chaval con 31 años, pues ya me dirás tú (...) La gran putada es que antes disfrutaba haciendo las cosas, disfrutaba tocando el bajo, leyendo y ahora no disfruto, no disfruto ¡Eso es anhedonia! (Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia) (Otis y Erix mencionan también la disfunción eréctil).

Muchos de los informantes confirman sufrir los efectos secundarios enumerados por los profesionales. La gran mayoría de los efectos citados son producidos por

¹⁴² Se trata de movimientos extrapiramidales involuntarios, siendo el más frecuente la disfonía cervical o tortícolis. Los movimientos involuntarios como temblores, tics, y la sialorrea (producción excesiva de saliva), entre otros. Por ello, muchas veces los psiquiatras ya prescriben otro fármaco para prevenir la aparición de estos síntomas, como es el caso del akineton (antiepiléptico, anticonvulsionante).

antipsicóticos sobre todo la zyprexa y el risperdal, más que por fármacos depresivos, que prácticamente no han sido citados. Esta cuestión debe de tenerse en cuenta, pues muchos de mis informantes están diagnosticados de algún tipo de esquizofrenia; por lo que el porcentaje de consumo de fármacos antipsicóticos es mucho mayor que el consumo de medicamentos antidepresivos.

Los efectos más frecuentes son: efectos cardíacos, sobre todo cuando la persona presenta afectaciones cardíacas anteriores. Pueden provocar arritmias, hipotensión ortostática, leucopenia (disminución de los glóbulos blancos), sialorrea o sequedad de boca y de nariz, visión borrosa, estreñimiento, alteraciones a nivel endocrino: aumento de la prolactina y pueden producir ginecomastia (aumento de los pechos), disfunción sexual masculina o femenina y aumento de peso por la retención hidrolítica. En caso de sobredosis o lo que normalmente los profesionales denominan *impregnación* se puede producir: mucha sedación, hipotensión y somnolencia. También se puede encontrar el efecto epileptógeno o crisis convulsivas y los efectos extrapiramidales que son síntomas asociados a lesión del sistema extrapiramidal, o sea de las estructuras encargadas del movimiento que no son parte del sistema piramidal. Esto significa que si se altera el sistema extrapiramidal el paciente puede tener hipertoniá o rigidez, movimientos involuntarios como temblores, tics y sialorrea. Sea por un fármaco u otro, los efectos secundarios son muy frecuentes y producen incomodidades, limitaciones e incluso no permiten el poder seguir con una vida normal: *yo creo que hay limitaciones para poder llevar una vida normal* (Anémona. 26 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). *Tuve dos accidentes por culpa de la pastilla, me quedé dormido en el coche y el camión* (Cronos. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia).

En resumen, vivir con un trastorno de salud mental no es algo fácil y puede volverse más difícil debido a los efectos secundarios de muchos psicofármacos. Aunque hay muchos de estos efectos que, en un comienzo pueden parecer “horrorosos”, pueden desaparecer al cabo de unas semanas y otros que perduran para toda la vida.

13.1.1.- ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD: ¡uf, cuanta pastilla! ¿Pero qué es esto?

¿Qué representa para los informantes el acto de tomarse una pastilla?: *pues, significa que me la tengo que tomar y me la tomo* (Atenea. 32 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). *No significa nada. Me la tomo y ya está* (Sirena. 28 años. Diagnóstico médico: Trastorno límite de personalidad) Este hecho de asumir *tener que tomárselas* pero sin tener ningún significado para ellos, me hizo formular las siguientes preguntas: ¿cuál es la principal razón por la cual estás dispuesto a tomar medicamentos?, ¿qué percepción tenían ellos sobre la necesidad de tomar psicofármacos?, ¿lo consideraban necesario? O por el contrario simplemente ¿no le otorgaban ninguna importancia?

En la mayoría de los casos los informantes referían que no consideraban necesario tener que tomárselas¹⁴³: *yo no me tomaría ninguna pastilla, soy antipastillas. Pero veo claro que necesito un control: con los impulsos que tengo, intentarme suicidar o pegar una hostia a la primera que viene* (Megan. 34 años. Diagnóstico médico: Trastorno de personalidad) (Yurena, Cronos, Rena). Otros informantes aparentemente se *escudaban* en no estar concienciados de necesitarla para siempre: *en cuanto a la medicación a veces no me la tomaba, aunque tengo conciencia de que la medicación es para siempre y yo no estoy convencido* (Cosmo. 39 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). Aunque reconocen ser conscientes de tener que tomárselas y que les hace bien siguen no percibiendo esta necesidad. En esta cuestión no he encontrado mucha diferencia por diagnósticos médicos, en su mayoría esquizofrenia y algún informante diagnosticado de trastorno depresivo, que son minoritarios en este estudio.

Las alucinaciones visuales y auditivas no desaparecen con la medicación: *los miedos que tengo y las voces que escucho nunca se irán por mucha medicación que tome* (Sophia. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide). Otros informantes, aún estando convencidos de la necesidad de tomar el tratamiento, titubean en sus repuestas y no expresan una confianza *ciega* en sus efectos. Hay informantes que piensan que el tratamiento no es el adecuado, pues algún fármaco les produce efectos

¹⁴³ Todas estas preguntas están contempladas en la Escala ROMI, escala sobre el Cumplimiento terapéutico utilizada para la recogida de información.

secundarios o simplemente refieren que no les hace ningún efecto. Los testimonios del mismo informante pueden variar de una entrevista a otra. En algunos casos puede estar relacionado con la experiencia que se vive con el tratamiento, sobre todo en caso de cambios de medicación.

En general, la opinión de los informantes se encuentra dividida entre los que son conscientes de necesitar la medicación y los que consideran que no deben de tomarla. Como ya he referido no existe mucha diferencia de opiniones por etiquetas diagnósticas, aunque los que presentan un trastorno depresivo están más concienciados de que necesitan psicofármacos. Pero una cosa es decirlo en una entrevista y otra cumplir con las pautas horarias y las dosis prescritas: *sí, porque si tienen una depresión puede que sí que lo tomen, pero si es esquizofrenia... ¡Ah, eso es otra cosa!* (Padre de Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide).

Como vemos, puede existir un problema a la hora de tomar la medicación: muchos no la toman de una manera continua y otros la dejan de tomar ¿por qué?, ¿quizás no perciben beneficios terapéuticos? A través de respuestas a las preguntas extraídas de la Escala de Cumplimiento terapéutico (Escala ROMI), Tess, Megan, Jacinto y Finn, me explicaban que les funciona bien. Aunque esta afirmación no asegura un buen cumplimiento del tratamiento: *desde que tomo la medicación noto mejoría* (Jacinto. 39 años. Diagnóstico médico: Retraso mental). *Cuando tomé la medicación me encuentro mejor* (Finn. 47 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide). *Necesito esta medicación. Creo que me va bien* (Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide). Hay quien opina lo contrario: *no he notado ninguna mejoría con la medicación* (Gea. 83 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica). *Medicación, no me hace nada, sólo me ponen la cabeza tonta y ya está. Aunque me tomo la medicación no noto mejoría* (Rena. 71 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo). *Yo no me siento mejor en ningún momento. Al contrario me noto peor* (Cronos. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia).

En relación a la mejoría, decir que muchos de ellos narran una disminución en cuanto a sus síntomas. Pero en los casos que consideran que los psicofármacos no palían sus

síntomas y no les hacen efecto, piensan que se pueden curar sin medicación y dejan de tomársela.

Los profesionales piensan que sí mejoran con la medicación: *sí, indudablemente sí. Hay algunos que no mejoran, es verdad, pero no sé si es por la medicación o porque se ha hecho un mal diagnóstico* (Adara. Estudiante especialista salud mental). *En general, sí. Creo que mejoran con la medicación ¡Sí!* (Pandora. Enfermera). *Efectivamente, los síntomas mejoran o se controlan en mayor o menor grado con el empleo racional y justificado de psicofármacos* (Dr. Myles. Psiquiatra de agudos). *Parcialmente, la medicación es una parte importante del tratamiento pero es fundamental el adecuado enfoque psicosocial del paciente que incluya el trabajo con las familias, el trabajo de conciencia de enfermedad y la adherencia terapéutica* (Electra. MIR de psiquiatra).

Ellos piensan que la medicación mejora los síntomas de la enfermedad, pues *no les queda otra que creer eso*, si no se estaría poniendo en duda la terapéutica psicofarmacológica. También refieren que es muy importante primero hacer un buen diagnóstico de la patología, encontrar la medicación y la dosis adecuada en cada uno de los casos y como evidencia Irene, hay que tener en cuenta la conciencia de enfermedad del paciente; éste debe de ser consciente de “estar enfermo”. Es el primer paso para poder trabajar todos los cuidados que requieren los individuos, entre ellos el tratamiento psicofarmacológico.

En resumen, la percepción de los efectos positivos de la medicación son un compendio multifactorial donde son necesarios varios tipos de abordajes (complementarios entre sí). Pero como vemos, existe contradicción entre las percepciones de los informantes-pacientes y la de los profesionales. Pues algunos de los primeros perciben que los psicofármacos no les mejoran y en contraposición, los profesionales consideran que tomando psicofármacos éstos causarán efectos beneficiosos en el paciente y como consecuencia mejoría. En este cruce de opiniones, pienso que quién percibe la realidad es el paciente, pues el profesional no lo sufre. El “enfermo” sabe de verdad si la medicación le produce una disminución de sus síntomas y una mejora en su estado de salud.

En el caso de los profesionales, su respuesta está condicionada a su conocimiento, a estudios, datos y etiquetas diagnósticas. Los psiquiatras realizan su diagnóstico en base

a los síntomas que perciben y prescriben los psicofármacos que consideran más adecuados para mejorar o curar los síntomas del usuario. Pero cuando el paciente les refiere que los psicofármacos no le hacen efecto ¿piensan que se pueden curar sin medicación?: *depende del tipo de enfermedad. Algunas neurosis pueden tratarse exclusivamente con un tratamiento psicoterapéutico, pero los pacientes psicóticos difícilmente podrían curarse sin medicación* (Electra. MIR de psiquiatra). *La medicación es necesaria en psiquiatría sobre todo si hablamos de pacientes psicóticos. Hay que entender que sin medicación no es posible la cura.* (Irene. Enfermera). *No, no lo creo. Considero que la medicación es necesaria* (Livana. MIR de psiquiatra).

La curación médicamente entendida no existe en psiquiatría, al menos en el caso de los trastornos mentales severos. Por otro lado, la medicación no “cura” sino que es una herramienta de control de síntomas. Muchos pacientes sin embargo podrían prescindir de medicación y llevar vidas más normalizadas si ocurrieran cambios en sus vidas, su forma de percibirse, sus relaciones laborales, familiares, sociales. Cosa que desgraciadamente no ocurre por poner el énfasis terapéutico solamente en la medicación (...) Si la sociedad no cambia, sus miembros estarán cada vez más “psico-medicados”. Vivimos en una sociedad enferma y consumista, y los psicofármacos, de por sí útiles, se pueden convertir en una adicción social más (Dr. Myles. Psiquiatra de agudos)

Este es un tema que, a pesar de que estamos en una época de superproducción de estudios y de publicaciones científicas, no está aún suficientemente estudiado ni esclarecido, hay aún bastantes zonas oscuras. Así por ejemplo: una depresión moderada-grave no tratada va remitiendo con el tiempo, con lo cual no se sabe bien si las mejorías a medio-largo plazo son por el mero paso del tiempo o por la acción medicamentosa. No digamos ya de las depresiones adaptativo/reactivas, donde la desaparición del factor desencadenante puede suponer la curación más o menos inmediata de la "depresión" y en las que la continuación de la medicación puede ser contraproducente. Por otra parte en algunas patologías en las que generalmente se presupone medicación de por vida (esquizofrenia), se ha visto que aproximadamente un 18 % de los pacientes que dejan la medicación no recaen, señalando este dato que en una proporción relativamente importante de pacientes no serían necesarios estas continuaciones de tratamiento farmacológico. También se ha visto que en los estudios aleatorizados de mantenimiento donde a un grupo se le retira la medicación activa y pasa a placebo y el otro grupo sigue con ella, las recaídas suelen agruparse en torno a la retirada de la medicación (posibles síndromes de discontinuación) lo cual evidentemente favorece al grupo que sigue con la medicación activa en los porcentajes finales de recaídas (Amón-Ra. Farmacéutico)

En general la mayoría de los profesionales piensan que los enfermos afectos de un trastorno mental grave no se pueden curar sin medicación. Ahora bien, si entendemos la curación de la enfermedad mediante otros tipos de abordajes, técnicas, fármacos o

intervenciones (todos ellos complementarios los unos con los otros) debemos decir que tiene “curación”. A lo largo de los años se ha demostrado que un enfermo mental con un tratamiento psicológico apropiado, una medicación adecuada y un correcto seguimiento, puede anular casi por completo los síntomas de la enfermedad, alcanzando una *normalidad* en su vida. Si se entiende *curación* por "desaparición de los síntomas", probablemente sí veamos avances en esa dirección en pocos años. Esto es lo que exponen el Dr. Myles y Amón-Ra. Asimismo, la aparición de medicamentos cada vez más seguros y eficaces, permite a los pacientes recuperar la capacidad para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria y recuperar sus funciones sociales y laborales más rápidamente, permitiendo una mayor integración social. Pero de poder llevar una vida “normalizada” a curarse, considero que va un “abismo”. Destacar el relato de Amón-Ra, pues realiza una síntesis de de este apartado:

El manejo apropiado de un psicofármaco puede mejorar la sintomatología psiquiátrica, pero un manejo inadecuado (tanto en lo que se refiere a la corrección diagnóstica como al uso adecuado en tiempo y dosis del psicofármaco) puede desembocar en tratamientos no necesarios o mal indicados (que pueden no mejorar o empeorar la sintomatología del paciente) cronificando su malestar y disfuncionalidad. Estas situaciones pueden darse más en los primeros niveles de atención médica (atención primaria) donde médicos no especialistas y poco o mal formados en el área psiquiátrica manejan y prescriben habitualmente medicación ansiolítica, antidepresiva, etc. (y algunas/bastantes veces utilizándola incluso fuera de condiciones de ficha técnica -indicación y/o dosis-). Un nivel adecuado de conocimientos y de especialización y, factor fundamental, una correcta alianza terapéutica con el paciente favorecen el cumplimiento de los tratamientos y los buenos resultados (Amón-Ra. Farmacéutico)

A continuación estudiaremos la relación entre la conciencia de enfermedad y el incumplimiento y abandono del tratamiento.

Existen múltiples factores para el incumplimiento del tratamiento, bien sean internos y externos, pues los pacientes no siempre cumplen con su programa terapéutico. Una de las modalidades de incumplimiento o de la adherencia terapéutica es el abandono del tratamiento *¿por qué dejan de tomar el tratamiento los enfermos mentales?* Veamos a continuación que factores influyen y qué opinión tienen al respecto los propios enfermos.

Algunos informantes mencionaban el olvido: *en casa no me acuerdo de tomarme las pastillas psiquiátricas* (Rita. 67 años. Diagnóstico médico: Paranoia más Abuso de

alcohol). En contraposición otros decían: *normalmente recuerdo la medicación que tomo en casa* (Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide).

Podemos entender el cumplimiento como: proceso constituido por tres componentes relacionados con las prescripciones (Penzo, 1990): comprensión, memorización, ejecución; y el incumplimiento puede derivar del fallo de cualquiera de ellos. Un paciente puede no cumplir porque no ha entendido qué tiene que hacer, cómo o cuándo, no recuerda el momento o el lugar preciso o porque lo ha entendido y se acuerda de ello en el momento apropiado, pero no lo hace.

Salvador y Melgarejo, (2002) consideran el abandono del tratamiento como la interrupción de la terapia por parte del paciente. Todas las distintas formas: dejar de acudir a las citas de seguimiento, no retirar la medicación de la farmacia del hospital, no adquirir la medicación recetada en consulta, no tomar la medicación una vez adquirida. Los tipos de incumplimiento son variados.

Penzo (1990) ha efectuado una revisión de las formas principales que pueden presentarse de forma aislada o en combinación: regularidad, duración, magnitud, momento e indicaciones. La regularidad es la omisión intermitente, el cumplimiento errático, no seguir las prescripciones: por ejemplo, tomar tres cápsulas a la vez, en lugar de espaciarlas a lo largo del día. Fraccionamiento de una dosis que debería haberse tomado en una sola toma. Ingestión aleatoria según sintomatología de fármacos que debían consumirse continuamente. El no seguimiento de las prescripciones médicas realizando una toma irregular del tratamiento es uno de los factores que los informantes han puesto de manifiesto través de sus narrativas.

En cuanto a la duración, se refiere a prolongar un tratamiento más tiempo de lo que está prescrito. Abandonarlo prematuramente cuando desaparezcan los síntomas; tomarse una cantidad diferente a la indicada o no seguir la relación temporal con las comidas o con períodos del año indicados (por ejemplo los tratamientos intramusculares depot). A veces estos errores son debidos a problemas de comprensión: falta de información al médico sobre consumo de otros fármacos, por ejemplo su interacción medicamentosa con lo prescrito; consumir fármacos por indicaciones diferentes a aquellas por las que se le prescribió; el paciente puede omitir

el consumo de determinados fármacos a otros especialistas. Por ello es necesario informar del riesgo de interacciones cuando se efectúa la prescripción. Y por último, realizar una automedicación abusiva de sustancias con potencial adictivo. Todos estos factores constituyen un grave problema en las personas que sufren enfermedades mentales.

Ahora veamos que tienen que decir al respecto los informantes, ya que, un aspecto que puede dificultar el cumplimiento del tratamiento son las pautas posológicas complejas (número de tomas al día), de forma que cuanto mayor es la frecuencia de administración, peor será el cumplimiento.

González y Col (1997) han señalado que para un medicamento cualquiera con más de cuatro tomas diarias, el incumplimiento es mayor, alcanzando tasas de hasta el 80%. Por otro lado, he señalado que el cumplimiento se incrementa cuando las tomas coinciden con los hábitos cotidianos de la vida del paciente (Blackwell, 1973). Por ejemplo, asociándolo a las comidas, al levantarse, acostarse, etc. Este incumplimiento se puede prevenir cuando prescriben todos los fármacos en una única toma: *sí porque es una toma por la noche y están todas acumuladas por la noche. Y me es más fácil de tomar* (Vara. 51 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo mayor).

Si la frecuencia de administración es demasiado elevada, es muy probable que el paciente deba interrumpir sus actividades normales para tomar una dosis, lo que puede provocar olvidos o rechazo por su parte: *iba a quedar con mis amigos y mi madre me dio el risperdal y me empecé a quedar como un poco dormida y me bebí una coca-cola y comí un poco y me active* (Maggie. 19 años. Trastorno somatoformo). Como señala Maggie, un factor importante en los jóvenes son las actividades de ocio y diversión en fines de semana: *cuando salía por ahí y no me quería tomar las pastillas. Pues a veces, no son compatibles los horarios de salidas del fin de* (Sirena. 28 años. Diagnóstico médico: Trastorno límite de personalidad). Y otro factor es el desajuste en las dinámicas y horarios cotidianos: *por desajustes en mis horarios y pautas y yo lo permito* (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar) Y por *descompensación* (Tess. 49 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia esquizoafectiva).

Los fármacos orales presentan un riesgo de incumplimiento más alto, pues necesitan de dosis o tomas frecuentes. También aquellos que las pautas de administración

supongan una marcada intrusión en la vida de un paciente, e implique un cambio sustancial en su rutina habitual de comportamiento. Estudios realizados sobre la dosificación, duración y efectos secundarios de los tratamientos y su relación con la conducta de cumplimiento, arrojaron que los regímenes de medicación con monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis y que esta también disminuiría a medida que la terapia se alargaba y provocaba mayor cantidad de efectos secundarios indeseados.

Es importante tener en cuenta, la dosis del fármaco en las pautas de dosificación para influir en el grado de cumplimiento, así como, conviene controlar y prevenir los posibles efectos secundarios de la instauración y de la retirada del fármaco, así como la duración del tratamiento. El buen cumplimiento se relaciona con una actitud positiva de los pacientes hacia la medicación, de una duración no muy larga del tratamiento, de una frecuencia de tomas espaciadas (una vez al día), fallando a medida que los tratamientos se hacen más complejos y frecuentes (Chesney y Cols., 2000c). Los efectos adversos pueden dificultar la posología y provocan la reticencia del paciente a tomarlos. Sobre todo cuando no se les informa sobre los mismos e influyen directamente en el cumplimiento cuando estos síntomas se manifiestan en el paciente. La presentación del fármaco también influye en el cumplimiento, así como el tamaño y el sabor.

Otro aspecto importante es el coste del fármaco, factor que puede decidir el cumplimiento: *el risperdal (antipsicótico) es caro, creo que cuesta alrededor de unos trescientos y pico de euros un solo inyectable, imagínate y es icada quince días!* (Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide).

Algunos fármacos requieren la aplicación de medidas adicionales de seguridad: controles seriados de valores séricos, bien sean controles semanales, mensuales, etc., como por ejemplo, el depakine o ácido valproico (antiepiléptico), las sales de litio (estabilizador de estados anímico), necesitan controles sanguíneos frecuentes, para valorar los niveles en sangre: *por el tratamiento que toma, le hacen las analíticas cada semana* (Madre de Elma 29 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). La clozapina (antipsicótico atípico) necesita el seguimiento estricto de un protocolo, pues se debe

de realizar un seguimiento del leucograma. Estas medidas adicionales pueden constituir una barrera para la toma de medicación.

A continuación expondré los resultados obtenidos a las preguntas incluidas en las entrevistas a través del Breve cuestionario de Medicación (BMQ). Las preguntas están relacionadas con la obtención de medicamentos prescritos una vez de alta médica en su domicilio. En general los informantes obtenían los medicamentos a través de: *el médico me hace la receta y la traigo el mismo día que me toca la inyección. Yo tengo que ir a comprarla* (Otis. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). *O el Centro de Salud Mental* (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar). Después de obtener las recetas iban a comprarlas ellos mismos a la farmacia u otros necesitaban de alguien para su compra y después para su preparación: *tenemos unos botecitos que me los prepara mi madre y yo me las tomo* (Anémona. 26 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia).

El tratamiento antes me lo daban en la farmacia y aparte venía a verme la enfermera de atención domiciliaria. Y me preparaba toda la medicación en un envase semanal. Es como un blíster casero que tengo en casa, donde me colocaba todas las pastillas (Artemisa. 43 años. Diagnóstico médico: Trastorno Bipolar).

La familia de Eros refería la manera tan curiosa que tenía de obtener los fármacos:

Cuando no tenía, se iba al Espíritu Santo para que le dieran más pastillas. Y en el hospital, como les explica que “está mal, y que toma medicamentos fuertes”, pues claro le dan medicamentos. Y a lo mejor le dan una tableta de pastillas y se las toma en una hora todas las pastillas (Acantha. Hermana de Eros. 31 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica atípica)

En general, los informantes expresan no tener problemas para adquirir y obtener sus fármacos. La mayoría acuden al médico de cabecera a por recetas y después van a la farmacia a por los medicamentos. Aquí en algunos casos les preparan la medicación por blísteres semanales, lo que les facilita enormemente la toma, previniendo riesgos de equivocación y facilitando el cumplimiento y la adherencia terapéutica. A otros es la propia familia la que se encarga de todo el proceso de obtención de fármacos, preparación y administración y en algunos casos, la familia solo supervisa. Otros informantes tienen formas curiosas de obtener la medicación como es el caso de Eros. Hasta ahora los informantes no referían problemas en la obtención de los fármacos, la farmacia siempre disponía de ellos, pero actualmente y relacionado con la crisis que

sufre el sector farmacéutico esto ha cambiado y a veces las deben de encargar en la farmacia. Otro problema es el precio de los fármacos. Algunas de estas medicaciones son muy caras y muchos de ellos no las pueden pagar, lo que dificulta enormemente un cumplimiento correcto del tratamiento.

En cuanto a las preguntas ¿tiene algún problema con los medicamentos para abrir y cerrar el bote de medicamentos? o ¿leer la letra impresa en el bote? En general respondieron: *no tengo problemas para abrir los botes de los medicamentos, ni para sacar las pastillas. Tampoco con la letra de los medicamentos* (Ajax, Vara. Sibyl). Lo que significa estos factores nos son responsable del incumplimiento del tratamiento en esta tesis.

La siguiente pregunta fue ¿tienes problemas para tomarte la medicación? *Si son seis, siete, ocho o diez, pues las pongo en la mano y jagua y gznate y para dentro!* (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar). Algunos se quejan *de que son muchas y verbalizan tener dificultad para tragarlas* (disfagia).

También podemos encontrar el testimonio de algún informante que se ha podido equivocar de dosis: *me equivoqué de dosis, se lo dije al médico que tomaba dos pastillas en vez de una, no podía andar no podía hacer ni pipi, ni caca* (Melia. 49 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo).

Algunas familias confirman el abandono del tratamiento por parte del enfermo y explican sus intentos para esto no se produzca. Esfuerzos, como hacerse cargo de la medicación, que acaban convirtiéndose en una lucha constante y derivando en graves problemas de convivencia en el núcleo familiar: *entonces yo se la doy, yo se las compro, yo se las administro. Es mejor ¡porque a ella se le olvidaría!* (Madre de Maggie. 19 años. Diagnóstico médico: Trastorno somatomorfo).

Yo creo que no se la toma, pero lo controlo y la medicación la lleva al día, correctamente, las pastillas no falta ninguna, ni sobra. Pero era porque las sacaba, pero ya no estaba tomando la medicación. Hasta que hubo un problema de unos familiares que vinieron a visitarnos y al no tomar la medicación se puso nervioso. Entonces me dijo: ¡que era un puta! (Padre de Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

También encontramos personas que abusan de la medicación:

Si no se las damos, no se las toma (...) Es que en casa se atiborra, se atiborra y cuando por ejemplo, no tiene pastillas o se encuentra mal, le dice a mi marido: "¡Cuñao dame una pastilla que me encuentro mal!". Y ya está todo el día... todo el día encima suyo, ¡cuñao, cuñao! (Acantha. Hermana y cuñado de Eros. 31 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica atípica)

Hasta este punto puedo resumir que, según los informantes, el abandono del tratamiento puede ser causado por varios factores:

- Descontrol y la descompensación de la enfermedad.
- Desajustes en las dinámicas y horarios en el domicilio.
- Edad, actividades de ocio y diversión.
- Efectos secundarios.
- Cambios de tratamiento.
- Olvido y distracción.
- Drogas.

No todos estos factores citados tienen la misma relevancia, aunque este orden dependería de varios factores, como por ejemplo de la edad de los informantes. Pues, no es lo mismo una persona mayor que una joven que sale por las noches de fiesta con sus amigos, que se acuesta tarde y duerme hasta el mediodía y por tanto tiene más descontrol en los horarios que una persona mayor. Tanto la descompensación de la enfermedad, como los efectos secundarios del tratamiento, sin olvidar los cambios en la pautas, dosis o horarios de los fármacos, el descontrol, el olvido y por último el tomar drogas, todos ellos pueden influir en que los sujetos ingresados, una vez salen de la unidad de hospitalización, bien sea de permiso terapéutico o de alta médica, incumplan las pautas o el régimen terapéutico prescrito por su facultativo. Para evitar este abandono del tratamiento o incumplimiento las familias se hacen cargo de la medicación. Para poder profundizar más en esta cuestión, durante las entrevistas añadí una pregunta indirecta a los informantes ¿por qué crees que la gente deja de tomar la medicación? *Porque seguro se agobia, pasa de estar chafado, pasa de hablar normal a hablar como drogado...Y es por los efectos secundarios* (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar).

Porque no son conscientes de que tienen una enfermedad. Yo imagino que si se ven aquí se ven mal. Pero cuando están fuera tomándose la medicación y se ven mejor, llega un momento que dicen ¿Por qué me la tomo si ya estoy bien? Se ven

que están bien, que no tienen ningún problema de salud, que no les duele nada y se cansan. Ellos no creen que estén enfermos (Anaís. Estudiante de enfermería)

¿Es frecuente que dejen de tomar la medicación?

No generalmente no, pero yo conozco gente que sí. Y la verdad, no lo entiendo, porque para mí dejar de tomar la medicación es un suicidio. Pienso que a lo mejor algunos piensan que no están enfermos, no lo sé (Anémona. 26 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Yo creía que estaba bien, que no la necesitaba ahora. Y en parte, crees que no la necesitas, que es un recordatorio de la enfermedad. Sí que te recuerda que estás enfermo, entonces es un poco... ¡ya me la tomaré! ¡Yo esto ya lo tengo superado! ¡Yo no estoy enfermo! y ¡pasas de tomártelo! (...) Tiene algo esta enfermedad que te hace pensar que ya estás bien, es como una vocecita que te va diciendo “déjate de tomar” y tú le vas haciendo caso. Al final se convierte en algo que no puedes controlar y al final eso te controla a ti. La enfermedad te llega a controlar (Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Con la pretensión de saber más sobre esta cuestión y profundizar en los motivos que podían llevarlos a abandonar la medicación, les planteé una situación hipotética: a una persona que dice que no necesita la medicación y no se la toma, ¿tú que le dirías?

Pues yo hablaría con él o con ella y le diría: “que se la tomase, porque es mejor que se la tome que no que no se la tome”. Hombre, yo por ejemplo al principio, no me la quería tomar, y me explicaron cómo se tomaba. Me presentaron a un chico y se lo conté. Le conté la verdad, porque si no iba a decir después ¡que ésta está majara! Y me dijo ¡no, no, tú tomate la medicación!, que a mí me pasó algo así y no me la tomé y ahora mira. Y dice que ahora tiene que tomar el doble de la medicación. Y dice “¡tú si tienes que tomar medicación tómatela!”. Y yo no me la quería tomar porque digo, ¡uh cuanta pastilla! ¿Pero esto qué es? Si fuera una aspirina me la tomaría (Sirena. 28 años. Diagnóstico médico: Trastorno límite de personalidad)

¿Qué le diría? que los consejos no se dan, se piden. A ver, si yo me tomo un zyprexa de 10 mg (antipsicótico atípico), yo no le voy a decir a otro paciente que se tome un zyprexa de 10 mg que le va a ir bien. No, pues no sé si a esa persona, le va a ir bien... Yo sé que me a mi me va bien. Pero a otra persona... No se me ha dado el caso y no sabría que decirle (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar).

¿Por qué creo que se las dejan de tomar? Porque a lo mejor salen un día y quieren beber, no sé. O quizás porque se hartan de tomarse cada día la medicación (...) y también podría ser porque no se creen que estén enfermos. (...) Y a los que hacen esto les diría: ¡Que no hagan el tonto porque se pueden ver muy mal!, ¡que hagan caso de los médicos!, ¡que se tomen la medicación!, ¡Que no beban alcohol!, ¡que no tomen drogas con la medicación para no tener descompensaciones y poder llevar una vida tranquila! (Atenea. 32 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Cada persona es un mundo. Yo creo que una de las razones es porque no tienen conciencia de la enfermedad que tienen. Ellos mismos hacen de médicos y entonces dicen: “ya me encuentro mejor y no me tomo el tratamiento o me tomo menos pastillas”, que para el caso sería igual. Yo creo que una de las razones es esta, que el paciente hace de médico y se automedica. Bueno yo creo que este es el caso de la mayoría. No que se le ha olvidado de tomarlo, sino que ha decidido que no lo necesita, que ya se encuentra bien, que ya le va bien, la mayoría de casos (Paris. 61 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo Mayor)

A Sophia, la invité a una reflexión: Cuando yo estoy resfriada me tomo un paracetamol o una aspirina, pero la gente cuando oye voces ¿por qué crees que no se toma nada? *Porque no se dan cuenta, piensan que esas voces son reales y que se están metiendo con esa persona* (Sophia. Mujer. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide. Múltiples reingresos)

Según las narrativas varios son los factores que pueden contribuir al abandono del tratamiento:

- ➔ La desidia.
- ➔ Los efectos secundarios.
- ➔ El precio de los psicofármacos.
- ➔ La cantidad.
- ➔ Las drogas y el alcohol.
- ➔ La no conciencia “de estar enfermo” o “falta de insight”.
- ➔ Ejercer el rol de ser tu propio médico.
- ➔ La percepción y vivencia real de las alucinaciones y delirios.

Se puede apreciar, si comparamos estos resultados con los obtenidos en la pag. 332, que los entrevistados han incluido otros factores que no aparecían antes de formular la pregunta hipotética: la desidia, el precio, la cantidad, el alcohol, ejercer como médico, la percepción de las alucinaciones y delirios y la conciencia de enfermedad. Quizás la explicación podemos encontrarla precisamente en la falta de insight, porque como no se reconocen enfermos, por tanto no se ven reflejados y al presentarle la pregunta en tercera persona, ven otras posibilidades y causas. ¿Cómo reconocerse “loco”? o ¿tener conciencia de ello si es un concepto estigmatizante?

La conciencia de enfermedad o falta de insight tiene una relevancia importante dentro de incumplimiento terapéutico. Pero ¿qué significa tener conciencia?

Propiedad del espíritu de reconocerse como sujeto de sus atributos. Es decir, como el conocimiento que un ser tiene de sí mismo y de su entorno.” “Conscientia” significa literalmente “con conocimiento” (del latín: cum scientia) La Conciencia¹⁴⁴ es al bumerán como la falta de Insight es a la puerta giratoria (Esparza, 2011: 263)

Y el insight es:

El conocimiento que el sujeto tiene de sus propios estados mentales. Capacidad para reconocer la propia enfermedad. Capacidad para atribuir determinados síntomas a la misma enfermedad tanto en el presente como de manera retrospectiva. Capacidad para detectar las consecuencias sociales de la enfermedad. Capacidad para reconocer la eficacia del tratamiento sobre la misma (Esparza, 2011: 263)

Y los informantes qué dicen al respecto: *me han diagnosticado los médicos una esquizofrenia paranoide ¡que no tengo! y yo sinceramente ¡no estaría aquí!* (Cronos. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). *¿Sí él reconoce que está enfermo? a ver, a veces sí y a veces no. El reconoce que no está bien. Pero yo creo que no se reconoce como enfermo* (Acantha. Hermana de Eros. 31 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica atípica).

Él ayer mismo me dijo: ¡que me digan a mí que sufro de esquizofrenia! Me rio. Si él fuera consciente y se tomara su medicación... Pero claro en él veo un problema: el no comprende la enfermedad que tiene, no lo entiende, no lo reconoce y no se quiere tomar la medicación (Aristo. Padre de Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

Esta negación de la enfermedad o no conciencia de ella por parte de los informantes, puede ser entendida como un intento de auto-legitimación ante circunstancias en las que el actor no ve otra salida. Pues, la posición del loco está sujeta a la circularidad interpretativa o, dicho de otra forma, a la profecía de autocumplimiento de la que hablaban sociólogos como (Merton¹⁴⁵, 1964). Es la idea del loco ubicuo o total que dificulta la aceptación por parte de los afectados de su condición de enfermos. Su comportamiento está determinado en parte por su percepción y el significado que

¹⁴⁴ Esta frase es una metáfora del autor. Significaría que es una rueda que se repite. Pues el boomerang retorna al lugar de partida y el fenómeno de puerta giratoria refiere que “igual que salen entran”.

¹⁴⁵ Señala Merton que la profecía que se cumple a sí misma es, en el origen, una definición falsa de la situación, que suscita una conducta nueva, lo cual convierte en verdadero el concepto originariamente falso. En esas circunstancias, todos los actores adoptan medidas para precaverse de un peligro que en realidad no existe; pero al proceder en cantidad y calidad como si existiera... al final puede suceder.

atribuyen a las situaciones en las que se encuentran, más que a las situaciones en sí mismas. Una vez que una persona se convence a sí misma de que una situación tiene un cierto significado, y al margen de que *realmente* lo tenga o no, adecuará su conducta a esa percepción, con consecuencias en el mundo real. La predicción, como la profecía, no es sino una definición de una situación futura, es una expectativa sobre lo que se espera que ocurra, según Lamo De Espinosa, González y Torres (1994). Merton define las profecías que se autocumplen (PAC) como:

Una definición falsa de la situación que genera una conducta nueva tal que hace verdadera la concepción originalmente falsa. De modo similar las predicciones que se autonegacion (PAN) son definidas como “una definición cierta de la situación que origina una nueva conducta que falsa el concepto originalmente cierto”. Aunque las definiciones son claras y sencillas, aluden sin embargo, a una realidad compleja que conviene formalizar” (Lamo De Espinosa, González y Torres, 1994: 40)

Para que se produzca una PAC o una PAN es necesario que ocurra:

- 1.- En el momento inicial bien los actores o los investigadores elaboren una definición de la situación, es decir, predigan o profeticen el momento.
- 2.- En un momento intermedio los actores de quienes depende la situación lleguen a tener conocimiento de esa decisión, es decir que les alcance ese nuevo input de información.
- 3.- Es necesario que los actores de quienes dependen la situación futura acepten la validez de la predicción, que crean en ella y que no la descarten.
- 4.- Es necesario que como consecuencia del nuevo input de información los actores alteren su conducta en el momento. De modo que la definición de la situación, que era cierta, devenga falsas o viceversa.

En resumen las condiciones son: que se trate de una predicción social que sea conocida por los actores relevantes y que se altere su conducta “como consecuencia de ello” (Lamos De Espinosa, González y Torres, 1994:40-41)

Ahora expondré las narrativas de los informantes “enfermos” clasificadas en grupos.

● **Informantes que no se consideran enfermos y lo niegan.** La etiqueta diagnóstica médica prevalente es la de esquizofrenia y encontramos informantes tanto del sexo masculino como del femenino: *¡ja, ja, ja, no! ¡Y mil veces no! Yo no tengo problemas de salud, ni enfermedad* (Cronos. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia. Varios ingresos. Derivado a subagudos). *Me han dicho que esto me da conciencia de que estoy enfermo y de que tengo esquizofrenia ¡Pero yo no lo creo!* (Cosmo. 39 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). *Yo no estoy enfermo con medicación o sin*

medicación. Yo ya he dicho que no estoy enfermo y ¡que no tengo que estar aquí! Por tanto creo que yo estoy bien, y no necesito que me trate nadie ¡ya estoy bien! Yo no estoy enfermo, pero los otros sí que están enfermos (Vasilis. 39 años. Diagnóstico médico: Retraso mental).

Estoy sufriendo mucho, el sufrimiento que me ha hecho la propia vida, pues me ha hecho sufrir y me siento mal. Pero no estoy enferma, estoy centrada en la realidad, pero me dan medicación para controlar mis impulsos, mis emociones, eso sí que lo tengo mal, las emociones. Sé que estoy enferma, pero no estoy enferma... ¡porque estoy loca! Tengo mucho conocimiento y razono muy bien, pero sobre tu pregunta, ¿sí me considero esquizofrénica? Decirte que, ¡yo no tengo esquizofrenia!, pero los doctores creen que sí. Y yo creo que no (Sophia. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

Estos informantes ponen de manifiesto, lo que Berger y Luckmann (1984) exponían:

La realidad de la vida cotidiana se da por establecida como realidad. No requiere verificaciones adicionales sobre su sola presencia y más allá de ella. Está ahí, sencillamente como facticidad evidente de por sí e imperiosa. Sé que es real. Aun cuando pueda abrigar dudas de su realidad, estoy obligado a suspender esas dudas (...) Por cierto yo puedo interpretar erróneamente algunos de estos síntomas. Puedo pensar que el otro se sonríe cuando en realidad está haciendo una mueca. Sin embargo, ninguna otra forma de relación puede reproducir la abundancia de síntomas de subjetividad que se dan en la situación “cara a cara” (Berger, Luckmann; 1984:41-49)

Los informantes expresan su realidad “no están enfermos” y esta percepción tiene relación con la forma de construir nuestra realidad:

La construcción social de la realidad se lleva a cabo a través de los procesos de socialización (...) mediante la internalización del mundo social producido por el hombre y objetivado como externo a él, es asumido e interiorizado, de manera que llega a determinar las estructuras de la propia conciencia (Lamo de Espinosa, González, Torres, 1994: 416)

Según estos autores, la socialización nunca es total: pues el mundo de cada persona nunca corresponde con el mundo objetivo de la realidad. Motivo por el cual, se hace necesario instaurar unos mecanismos o procesos de mantenimiento de la realidad internalizada. Es decir, que sí para los informantes su realidad interiorizada es *que no están enfermos* para ellos es así y actuaran según esta percepción. Puesto que *sí los hombres definen las situaciones como reales éstas son reales en sus consecuencias*; que traducida al lenguaje podría formularse diciendo la conciencia es, además de

reflejo, parte del ser social, según Lamo de Espinosa, González y Torres (1994). Puesto que una de las hipótesis básicas de la teoría sociología:

Es la que la sociedad, de algún modo, determina, afecta, genera, causa o controla al pensamiento y por esta vía la conducta (Lamo de Espinosa, González, Torres, 1994: 605)

● **Informantes que tienen dudas.** Las etiquetas diagnósticas médicas son: psicosis, esquizofrenia, depresión y trastorno límite de la personalidad y encontramos individuos de ambos sexos. El común denominador de este grupo es que todos tienen dudas, en mayor o menor grado: *no sé si estoy enferma, pero cuando pasan esas cosas a una persona es que está enferma ¿no?* (Gea. 83 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica). *No sé si estoy enfermo* (Dion. 18 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica). *Estoy muy mal, pero no sé si tengo una enfermedad mental* (Melia. 49 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo. Pocos ingresos). *Yo creo que tengo algo, ¿quizás esquizofrenia?* (Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide). *Después de tanto ingreso, creo que uno al final admite que está enfermo* (Tess. 49 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia esquizoafectiva).

Algunos son ambivalentes y distinguen entre un antes y un ahora:

Creo que sí, que tomar la medicación es estar enfermo. Yo estoy enferma, sí... ¡tengo bipolar! ¿Qué qué significa ser bipolar? Tener subidas y bajadas continuamente. Y esto sí que es una enfermedad. Ahora lo reconozco, pero antes no. Antes no me lo creía. Me lo decían pero yo tozuda de que no tenía nada (Artemisa. 43 años. Diagnóstico médico: Trastorno Bipolar)

Una cosa es estar ingresado en la institución y otra estar fuera: *aquí estás enfermo de la cabeza y tengo que tomar medicación para la cabeza, pero fuera... ¡es otra cosa!* (Rhodes. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide).

Como se desprende en las narrativas la mayoría de ellos no son realmente conscientes de su enfermedad y por este motivo dejan de tomar la medicación. Veamos modelos que nos pueden explicar la falta de conciencia o insight. Según Esparza, (2011) existen tres modelos de falta de insight:

a) El modelo de defensa psicológica se basa en el mecanismo de negación ante los sentimientos de ansiedad y depresión que supone reconocer la enfermedad y su base

fundamental es el estigma social. Una de las conclusiones de mi tesina de máster fue el planteamiento de la siguiente cuestión: para ellos la locura no es sinónimo de enfermedad mental. No identifican la enfermedad mental, con “estar loco, tarado, chalado, ido, mal de la azotea” y por ello, no se consideran enfermos.

b) El segundo modelo recibe el nombre de evasivo y refiere que el paciente centra su atención en el rol que le brinda su delirio, generalmente de contenido místico y megalomaniaco. Según los testimonio citados anteriormente algunos pacientes aceptan de forma pasiva o poco receptiva, la información/explicación de que sufren un trastorno mental. Aunque encontramos algunos que aceptan las vivencias extrañas (sus alucinaciones y delirios) como problema fruto de un desorden mental, pero la mayoría no se encuentran convencidos de ello. Algunos informantes que sufren alucinaciones, pueden reconocer que éstas son causa de la enfermedad; sin embargo, cuando se le pregunta con insistencia o profundidad, algunos pueden afirmar: *que en realidad las voces que oye son mensajes de dios, del demonio o de Satanás, etc.*

c) Modelo del déficit neurobiológico, en el cual la falta de insight se encontraría en el mismo plano de las alucinaciones, los delirios y la alteración conductual. Sería considerada como un síntoma de la enfermedad, y donde existiría una dificultad para reconocer los síntomas. Por ejemplo: descompensación, descontrol, desorganización conductual, etc. Como han referido algunos de los informantes.

● **Informantes que tienen conciencia¹⁴⁶ de enfermedad.** Las etiquetas diagnósticas son: trastorno bipolar, depresión y esquizofrenia. Es el grupo más reducido: *llevo muy mal lo de aceptarlo y a veces digo ¡me cago en la leche! ¿Por qué a mí? Y hago así, pongo el puño hacia el cielo como si estuviera cabreado con Dios* (Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

¹⁴⁶ La **conciencia** es la propiedad del ser humano de reconocerse a sí mismo y lo que le rodea y **reflexionar** sobre ello. Adjetivo: (in)consciente.

La **conciencia** tiene el mismo significado, pero llevado al terreno de la distinción entre el bien y el mal. [On line] <http://gramaticacomosedice.blogspot.com.es/2014/03/diferencia-entre-conciencia-consciencia.html>

Sí la tengo. Un trastorno mental, prefiero llamarlo así, que no enfermedad mental. (...) Ah, claro porque yo soy consciente de la enfermedad. Por una parte no asimilo al 100% que estoy enfermo y por otra, me cuesta un 100% ser persona. Igual digo en voz alta que la mitad de mi vida o más de la mitad ha sido enfermedad. Y eso me conlleva a hablar de enfermedad: si hubiera sido futbolista estaría jubilado ganando un pastón y siendo técnico de un equipo de primera división. Hablaría de fútbol en las tertulias con mis buenos puros y mis buenas copas de coñac, sin estar enfermo ¡Ves la diferencia!, yo hablo de enfermedad claro, de que voy a hablar (...) Yo reconozco que tengo una enfermedad, cuando hay otros que no lo reconocen. Sí, pero ¿de qué me vale eso? (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar)

¡Qué remedio, no queda más remedio que aceptarlo! Otra cosa es que lo lleves por dentro. Esto es como una moneda que tiras al aire, si sale cruz buena suerte y si sale cara ¡mala suerte! Ya sé que no estoy curado y que tendré que estar toda la vida medicándome, pero bueno, también debía estar mal. Y el problema es que yo no lo sabía. Estuve mucho tiempo sin saberlo. Y trabajaba, estaba bien y estaba en forma. Y seguramente ya estaba mal ¡No seguramente no, ya estaba mal! (Paris. 61 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo Mayor)

Ahora pasaré a exponer la opinión de los profesionales en relación a la pregunta ¿los pacientes en general tienen conciencia de enfermedad?

Yo creo que en parte sí y en parte no, le va a momentos lo de la conciencia de enfermedad. Rena dice que tiene depresión pero... Otis, dice que está bien, por lo tanto no es consciente de que tiene una enfermedad. Y Finn por supuesto yo creo que no, Rhodes tampoco. El único que yo he visto consciente de lo que realmente le pasaba algo era Jano y Anemona, sí. Pienso que la conciencia de enfermedad podría ir ligado a la edad: a más edad más conciencia o ¿no? o quizás ¿a más ingresos? Aunque pensándolo bien, yo creo que no tiene por qué, porque pueden haber muchos ingresos, ir a peor y no ser consciente. Sí está ingresado es porque no es consciente de lo que tiene. Si fuera consciente, haría el tratamiento e intentaría no desequilibrarse (Pandora. Enfermera)

¿A más ingresos, más conciencia? *Creo que eso sí.* (Leda. Estudiante de enfermería)

Los profesionales opinan que muchos de los individuos que padecen un trastorno mental no son conscientes de estar enfermos. Incluso intentan buscar posibles factores/causas que puedan explicar este fenómeno: la edad, el número de ingresos o reingresos, la “percepción de estar mejor”, etc. Todo conduce a pensar que el concepto de conciencia o insight abarca un amplio abanico de manifestaciones que pueden ir más allá de la simple conciencia de la enfermedad. Es decir, la percepción de una persona de *ser consciente de estar enfermo* podríamos considerarlos como un

fenómeno multidimensional que ocurre en un continuum¹⁴⁷. Según Berger y Luckmann (1984):

La realidad de la vida cotidiana se organiza alrededor del “aquí y ahora” de mi cuerpo y el “ahora” de mi presente (...) Lo que “aquí y ahora” se me presentan cotidiana es lo *realissimum* de mi conciencia (...) Esto significa que yo experimento la vida cotidiana en grados diferentes de proximidad y alejamiento, tanto espacial como temporal (Berger, Luckmann, 1984: 39-40)

Es precisamente por esta visión multifactorial o multidimensional, que la conciencia de enfermedad puede estar presente en ciertas “parcelas” y ausente en otras. Es decir, que podemos encontrar informantes que no acepten o nieguen estar enfermos, pero que al mismo tiempo, sean capaces de aceptar el “bien o el beneficio” que les ofrece el tratamiento psicofarmacológico. Asimismo, puede producirse un reconocimiento de los propios síntomas pero a la vez, una negación de que éstos se deban a la enfermedad. En un blog de internet encontré el siguiente testimonio, que me llamó la atención por su contenido:

Quizá el exceso de conciencia me hace pensar que los medicamentos supuestamente diseñados para mis cosas no ayudan más que mis propios métodos. No sólo tengo conciencia de los síntomas, también tengo conciencia de cómo tratarlos, y mi opinión al respecto no coincide con la de la mayoría de profesionales. ¿Significa esto que no tengo conciencia? Alguno podría pensar que sí. (Etiquetada) En <http://psiquiatriapitiusa.blogspot.com.es/2011/12/conciencia-de-enfermedad.html>)

Estas frases invitan a pensar que la opinión de los médicos en cuanto al tratamiento, en ocasiones no coincide con las de los pacientes. Pero que por ello, no debemos pensar que éstos no tienen conciencia. Según Amador (2007), en los Estados Unidos existen aproximadamente unos seis millones de personas con una enfermedad mental grave. Estudios recientes indican que solo alrededor del 50 % no se da cuenta de su propia enfermedad y se niega a tomar la medicación que le han prescrito. Esto significa que hay tres millones de norteamericanos con una enfermedad mental grave que no son conscientes de ello. En su estudio Amador (2007) seleccionó a los pacientes

¹⁴⁷ Véase al respecto (Amador et al, 1991: 113-132, Ching Chen et al, 2005: 59:657-660, Cuesta et al, 2006, Keshavan, 2004: 70(2-3):187-94, David, 1990: 156:798-808, y Young et al, 2003; 63:103-109)

preguntándoles si presentaban un problema mental, psiquiátrico o emocional y cerca de la mitad contestaron que no:

Por lo general ese no era enfático y a veces iba acompañado de extrañas explicaciones, como por qué están ingresados en una unidad de psiquiatría. Las explicaciones iban desde “porque mis padres me trajeron aquí” a ideas tan extrañas como “estoy aquí por un examen general”. La mayor parte de los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión buscan activamente el tratamiento porque se sienten mal y desean recibir ayuda; en cambio, esos pacientes no eran conscientes de padecer una enfermedad grave. A diferencia de los que sufrían ansiedad y depresión, nunca se quejaban de los síntomas porque no los tenían. En realidad, su principal queja era que se sentían víctimas de los amigos y ¡de que los médicos les presionaban para que siguieran un tratamiento de una enfermedad que no tenían! (Amador, 2007: 5)

Muchos de estos pacientes tampoco reconocían los diversos signos de la enfermedad que padecían, a pesar de que las personas que estaban con ellos podían reconocerlos (la manía, las ideas delirantes, las alucinaciones, el pensamiento distorsionado, la anhedonia, etc.). La negación de los síntomas también se podía ver en los trastornos psicóticos. Esta negación de la conciencia de enfermedad no se detectaba al negar el diagnóstico. Si no más bien, esta falta de conciencia de los pacientes iba ligada a que no se daban cuenta y eran incapaces de reconocer su diagnóstico y las señales o síntomas más evidentes de su enfermedad. Según Young et al (2003), esta flexibilidad selectiva en la conciencia de la enfermedad, así como en la conciencia de los distintos tipos de síntomas de los pacientes, hace totalmente insostenible un concepto de insight como fenómeno unidimensional y marcan la importancia y la necesidad de evaluar separadamente los diferentes dominios de la conciencia de la enfermedad.

Puedo concluir diciendo que la mayoría de mis informantes no son conscientes de estar enfermos, ni de padecer una enfermedad mental. Por ello, muchos dejan de tomarse el tratamiento psicofarmacológico prescrito por el psiquiatra. Lo que implica que al retrasar el inicio del tratamiento, puede producirse un mayor aislamiento, una peor habilidad social y un peor insight. Existen estudios donde se evidencia que el insight, como síntoma elemental de la enfermedad, puede quedar definido en los primeros dos o tres años de la misma, según la evolución de las fases iniciales. En un tercio de pacientes esquizofrénicos la conciencia de enfermedad o insight mejora si se continúa y mantiene el tratamiento.

13.1.2.- PROFESIONALES: La empatía y la alianza terapéutica¹⁴⁸

Se ha denominado “bola de nieve” (Penzo, 1990), a una serie de acontecimientos que determinan el abandono del tratamiento:

1. El paciente que ha dejado el tratamiento un día, considera que ya no vale la pena seguir tomándolo, se desanima y lo abandona definitivamente.
2. El paciente con mal cumplimiento que deja de acudir a la consulta por temor a recibir una reproche de su médico por los olvidos en las tomas.

Esta relación entre el psiquiatra y el paciente es un fenómeno de enorme complejidad, en el que pueden diferenciarse aspectos relacionados específicamente con el paciente, otros relacionados específicamente con el médico y otros intrínsecos al contacto entre los dos agentes de salud (profesional y usuario). En general, se decide en dos componentes básicos de la relación: la transferencia de información y la dinámica de poder o de control sobre la relación ejercida por las dos partes. También un tercer componente clave para entender el cumplimiento: es el concepto de empatía. Pues, al acudir al médico, el paciente cede a éste parte del control sobre la toma de decisiones y de su autonomía personal, comparte información personal y confidencial, y lo hace de un modo unidireccional (no recíproco). Ello conlleva la inclusión del médico en la vida privada del paciente incluyendo su sistema de creencias ligadas a la salud y sus hábitos de vida. El médico debe compartir con el paciente tanto la información que se derive de su diagnóstico como la relacionada con el abordaje terapéutico. Estos procesos forman parte de un contrato implícito entre las partes. Por la forma en que se plantea la distribución de poder y por tanto la toma de decisiones, se condiciona la relación médico -paciente.

El cumplimiento terapéutico aunque depende fundamentalmente del paciente, está ligado a la conducta del médico. Se ha comprobado que aunque los médicos conozcan estrategias de mejora del cumplimiento, muy pocas las utilizan. La personalidad del médico y sus habilidades de comunicación tienen una gran influencia en la satisfacción

¹⁴⁸ Decir que estos apartados dedicados a los factores relacionados con el incumplimiento han sido trabajados a través del trabajo de Salvador y Melgarejo (2002: 18-60). Yo resumo su argumentación y mi aportación es mínima pues estoy de acuerdo con su exposición. En algunos momentos cito literalmente sus palabras.

del paciente, prerequisite del cumplimiento. Por este motivo, la entrevista médica también es fuente potencial de riesgo de incumplimiento:

¡Yo no sé este médico! es un pasota. Si pudiera cambiarme me cambiaría de médico ¿sabes lo que me hizo ayer? ¡Fue tan grosero! Me dijo: “pues mira yo no tengo nada que hablar contigo y salte de aquí” y me tiró el papel que yo le había dado. Esto para mí, es una falta de respeto. Porque él es un médico y a mí me tiene que escuchar, le guste o no le guste yo. Tiene que tener una ética profesional, cosa que no la tiene ¡A mí no me puede decir salte de aquí! ¡Yo no puedo hablar contigo en este estado! Yo pensé: ¿pero, cuál estado? Pero este médico, para mí no es nada, para otra persona puede ser un profesional, pero a mí ha demostrado que no lo es. Porque a la hora de hablar conmigo yo le he pedido argumentos y no me los has dado. Sólo le dije: ¿por qué me subiste la medicación (...) Y a la otra Dra. de urgencias le dije, ¡eres una amargada y mal follada! Y ¿sabes porque se lo dije? Porque ella antes me dijo que yo era una tonta, y me faltó al respeto y claro, yo soy una paciente y ella es la doctora. Por eso, ella cree que tiene la razón, y yo me quedé callada porque ya me dije estoy aquí y me puede perjudicar (Yurena. 25 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

Aquí, la relación con la psiquiatra es estar por debajo ¿no? Pues te dice o te doy poca medicación y tú te controlas, en el sentido de estar más vivo, más receptivo y más activo o te doy más medicación y estas más grogui. Esta es la relación (...) ¿Qué tal la relación con mi médico? nula. Porque ella se empeña en decirme que la medicación es para toda la vida y yo me empeño en decirle que no necesito medicación (Cronos. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Cronos expresa que existen algunas discrepancias y problemas con el psiquiatra en relación al tratamiento psicofarmacológico. Ello se debe en gran parte a técnicas de entrevista centradas en el médico, que coartan la dimensión humana a favor puramente de la biológica. Puesto que frecuentemente los médicos no obtienen en la entrevista una comprensión integral de su paciente:

Y el médico no me dice nada. Le conté lo que me pasaba últimamente, que no tenía hambre, que solo quería estar en el ordenador y todo eso... y le expliqué que escuchaba también cosas que no sé si iban conmigo o no y, entonces él sólo me cambió la medicación (Dion. 18 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica)

En general, los pacientes perciben una falta de empatía y reaccionan más a las actitudes que perciben del médico que a los mensajes verbales. Los médicos dan por supuesto que los pacientes comparten las percepciones propias sobre el problema y a veces utilizan la amenaza como principal estrategia de persuasión: estilo autoritario, rol dominante tradicional, no permitir la participación del paciente en el proceso

terapéutico, utilización de conductas de evitación y de tácticas defensivas ante el paciente (Heszen-Klemens, 1987; Consoli y Safar, 1988).

En otras ocasiones, la alianza terapéutica no se consigue debido a las peticiones o exigencias del usuario, a las cuáles el psiquiatra “no cede”, no se llega a un acuerdo entre ambas parte y se producen “desacuerdos” y “un tira y afloja”. Todo ello depende de la visión de cada uno de los actores:

He llegado a la conclusión de que contra más vas al despacho de la médica, “enterazo (sic) con lo que digo”, menos consigues porque te haces pesado. Porque no sabes que decir y siempre es lo mismo, y lo mismo cansa. Y tienes ansiedad y si tienes ansiedad, no consigues nada (...) Mi relación con la Dra. Pues, a veces conectamos y a veces pues nos perdemos. Nos perdemos en hablar (...) Y a veces, pues no estoy conforme. Bueno, soy conformista y no soy conformista... cuando se me habla como a los toros, pues tomo yo la voz cantante y entonces hay debate. Pero si me faltan argumentos cedo y tomo 6 mg de invega (Antipsicótico) Cosas así. Pero cuando se habla tranquilamente las cosas y me dicen las cosas con tranquilidad pues salen cosas. Pero me cuesta. Y ahora voy a mejor con ella. Le he escrito dos escritos bien redactados, de esos guapos, del aprecio y respeto que siento por ella y diciendo lo buena médica que es, pues creo que lo es. Pero mi encabezamiento es el invega (Antipsicótico), que creo que tengo bastante con menos mg. y ella dice que lo debo de tomar. Entonces yo ya me callo. Ella es la doctora, ella es la que me tiene involuntario, ella es la que dispone de mi medicación, ella es la que dispone de que me vaya o no me vaya. ¡Ella es la doctora! Luego a reclamar al papa. El papa ya se ha ido, por tanto no puedo reclamar. Bueno quedamos así. Al menos con una sonrisa (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar)

El incumplimiento en muchas ocasiones es generado por la falta de habilidades potenciadoras de la motivación por parte del médico, la incapacidad de activar la motivación del paciente, no fomentar la responsabilidad en el proceso de curación, problemas durante la entrevista: insuficiente información sobre el tratamiento, para que sirva, efectos secundarios que puede producir, es decir, la vaguedad o falta de instrucciones explícitas en términos operativos acerca de las recomendaciones (que hacer, cómo y cuándo) (Amigo y cols, 1998). Obviar o no estimular la expresión de aspectos psicosociales (no prestar atención a sus preocupaciones o las dificultades del tratamiento), no comprobar que ha comprendido lo que tiene que hacer.

También son riesgos de cumplimiento los fallos durante el seguimiento: como no aportar una retroalimentación (feedback), demostrar empatía, no realizar escucha

activa, todas ellas técnicas de comunicación dirigidas e utilizadas con la finalidad de conocer los problemas que manifiesta el paciente sobre todo con el tratamiento. No apoyar un entrenamiento de las conductas prescritas por muy nuevas o complejas que sean. No proveer cambios en la rutina de paciente y no programar qué hacer con la medicación en esas circunstancias. Disociación entre los objetivos terapéuticos con respecto a los del paciente y/o familia. Por ejemplo, un psiquiatra tiene como objetivo prioritario controlar la sintomatología que presenta un paciente, mientras que éste está más interesado en encontrar trabajo. El riesgo de incumplimiento es muy elevado si se receta un fármaco que produzca como efecto secundario un aumento de peso, disfunción érectil, letargo o ir grogui y pérdida de habilidades manipulativas, aún cuando controlemos los síntomas de la enfermedad.

Otros factores son el desgaste laboral (burn-out) que pueden sufrir los profesionales al tener que “lidiar” con enfermedades crónicas. En ocasiones las opiniones de los informantes están condicionadas a la actitud del médico que *hace los que ellos desean*. Algunos de los informantes refieren tener una buena alianza terapéutica y otros constatan la importancia de ésta:

De los médicos no me puedo quejar, sí que están bien, He tenido unos médicos fabulosos siempre que he estado aquí. Me ha tocado el Dr. Kit, el Dr. Panos o el acompañante del Dr. Myles: el rubito. Este me llevó estupendamente bien, él que más me ha gustado de todos. Porque me apoyaba, me explicaba, me decía. ¡Una pasada de psiquiatra! (Artemisa. 43 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar)

Sí, yo creo que sí que influye la relación con el médico a la hora de tomarse el tratamiento psicofarmacológico. Se han visto casos en que el paciente no confía en su médico y si le pautan una medicación, pues no se la toma. Y si se la pautan después de una “mala” entrevista (si la hay), el paciente no se lo toma porque no quiere. Incluso hay gente que ha pedido cambios de médico porque no está a gusto con el suyo. Creen que el médico no lo atiende lo suficiente. Por tanto, creo que sí que influye, porque si te llevas bien y confías en el médico, piensas que te lo prescribe para que te pongas mejor y te lo tomarás y si no confías dirás ¡nanai, lo que diga éste ni mu! (Anaís. Estudiante de enfermería)

También los familiares tienen su opinión, pues no hay que olvidar, que la relación se produce en un marco más amplio, en el que se debe de tener en cuenta a los familiares: *la psiquiatra que la llevaba como que no le gusta y quiere cambiar pues, no se llevan bien* (Dirce. Madre de Sirena. 28 años. Diagnóstico médico: Trastorno límite de personalidad).

El médico no se ha presentado ni el jueves, ni el viernes, a pesar de estar citados con él... Otro médico se brindo a hablar con nosotros, pero nosotros queríamos hablar con su psiquiatra, el que la lleva. Pero de momento no ha habido manera de hablar con él. Entonces hablamos con la asistente social, pero resulta que nos dice que el médico aún no le había dicho que se hiciera cargo de este caso y que habláramos con él para que ella se pudiera encargar del caso (...) A los dos días nos dijo que él podía tenerla aquí dos semanas y que nos buscáramos una residencia, que nos moviéramos y nos lo dijo en medio del pasillo y sin una entrevista. En resumen, que crees que podemos opinar de este médico cuando llevamos dos veces de venir y no somos atendidos por él. Hemos hablado con el médico por casualidad y a pesar de intentarlo dos veces, nos ha hecho el salto. Y además nos dice que nos busquemos la vida (Hija de Gea. 83 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica)

Otro aspecto importante a resaltar de la alianza terapéutica es que en el modelo biomédico tradicional (centrado en el médico), descrito en Parsons (1951), la relación es asimétrica, pues quien posee la información del control de las decisiones es el médico. Relación que conlleva una actitud independiente por parte del paciente y de autoridad por parte del médico, existiendo una relación de poder:

Yo considero que pocas veces existe una buena alianza terapéutica entre el paciente y su psiquiatra. Muchas veces son visitados en los pasillos, sin intimidad y donde los otros usuarios escuchan lo que hablan. El paciente entonces no tiene realmente consciencia de que ha sido visitado por su médico. Otra cuestión es la asimetría que existe durante el acto de "visitar". El médico lleva a su despacho al paciente y le pregunta como esta. Este le explica lo que considera, generalmente su discurso se centra en querer irse, en obtener un permiso o en los problemas con la medicación... Y en base a una charla, que generalmente es muy corta el médico decide si le sube la dosis de fármacos, se la baja, se lo retira o se lo modifica. Si insiste mucho en querer irse y es voluntario deja nota de que si pide el alta voluntaria se le pase a involuntario. El psiquiatra tiene el poder y considero que esta relación no es un indicio de una buena alianza terapéutica (Ione. Enfermera)

En resumen, podemos decir que pocas veces se instaura una buena alianza terapéutica entre los actores, aunque la alianza terapéutica es un factor clave para el cumplimiento correcto del tratamiento psicofarmacológico. Y esta alianza debería de estar centrada en el paciente, con la participación de ambos actores en la toma de decisiones médicas, donde se respeten los deseos y las preferencias de los pacientes, se potencie el respeto a la autonomía, el no hacer daño y la no injusticia, todo ello conllevaría a una buena adherencia terapéutica y a la prevención del abandono del tratamiento por parte de los enfermos, pues éstos se sentirían respetados. Todos estos principios son contemplados en la bioética de la práctica clínica y derivan de la libertad

individual y del derecho de la persona para elegir por sí misma. Este método centrado en el paciente se ha asociado con una mayor satisfacción del paciente (Hall y cols. 1988).

13.1.3.- CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE: ¡He pasado muchas páginas de la enfermedad de mi vida!

En este subapartado explicaré los factores que dependen del propio individuo enfermo. El paciente es quien, en último término, determina procesar la información que le lleva a adoptar un comportamiento de mal cumplimiento o abandono del tratamiento. Este complejo grupo de factores es clave para entender el cumplimiento terapéutico puesto que las personas pueden funcionar enunciando la racionalidad y llevándose exclusivamente por los sentimientos y emociones. El conocimiento subjetivo de la enfermedad es el resultado de las creencias positivas o negativas (prejuicios), las normas, las actitudes y otros factores psicológicos. Este entramado subjetivo hace necesario distinguir entre la información "objetiva" decidida por una persona sobre su enfermedad del conocimiento "subjetivo" que ésta expresa sobre la misma. La falta de información adecuada para cumplir un tratamiento puede producir a veces frustración, desánimo y desmotivación para continuarlo e incluso olvido. Algunos autores han asociado del sexo masculino con un menor cumplimiento, sobre todo en combinación con la enfermedad mental y la edad (Metha y Cols., 1997). También los aspectos psicológicos desempeñan un papel importante en la conducta de cumplimiento, debiendo considerarse otras características personales como son:

- Los rasgos de personalidad.
- Los aspectos emocionales del recuerdo. Recordar no es una operación mecánica. Los factores emocionales, además de facilitar la discriminación y la atención a los estímulos, influyen en la evocación. Las emociones negativas obstaculizan la adopción de conductas de salud.
- Los mecanismos afrontamiento. El afrontamiento es un proceso que pone en marcha la persona para afrontar las situaciones estresantes. Algunos pacientes intentan negar aquellas implicaciones de su enfermedad que no son capaces de asumir, y no cumplen las peticiones necesarias para ello y utilizan una serie de procesos cognitivos para disminuir el grado de estrés emocional y hacer más

soportable la vida evitando las realidades que podrían ser desbordantes y se afrontarán directamente. Entre estos procesos incluyen: la negación, la evitación, la minimización, el distanciamiento, la proyección y la atención selectiva entre otros.

- El locus de control. Se define como el grado en que las personas atribuyen a factores internos o externos los acontecimientos vitales que les suceden. Las personas con locus de control externo suelen pedir menos información sobre la enfermedad y la salud, actúa menos que las personas con locus interno para cambiar sus hábitos no saludables, utilizan generalmente estrategias de afrontamiento dirigidas a evaluar la respuesta emocional.
- Los estilos cognitivos. Los estilos cognitivos son patrones estereotipados, rígidos y automáticos de procesamiento de la información que determinan una interpretación errónea de las señales del entorno (distorsiones cognitivas).
- La motivación. El grado de motivación de la persona para seguir adecuadamente un tratamiento dependerá (Muehrer 2000), de una serie de factores complejos relacionados con la conducta de enfermedad: preparación, predisposición y capacidad. Es importante adecuar el tratamiento al grado de motivación del sujeto, y el número y tipo de recursos personales con los que cuenta cada paciente.
- Las preferencias.
- Las expectativas de salud. Según la teoría de la *psicología de las preferencias* el riesgo de una pérdida influye más en la decisión que la posibilidad de una ganancia equivalente, por lo que el placer de ganar algo es mucho menos intenso que el miedo a perder algo (Tversky y Kahneman, 1981).
- La perfección de susceptibilidad.
- El riesgo de enfermedad. La valoración cognitiva que la persona hace de su situación se considera un fuerte predictor de la adaptación a enfermedades crónicas, ya que determinará su reacción ante dicha situación. Las situaciones se suelen valorar en términos de amenaza, reto y control habilidad (Lazarus y Folkman, 1986) La susceptibilidad percibida hacia la enfermedad depende en gran manera del sentido de vulnerabilidad de la persona. La tendencia general del ser humano es a sentirse muy poco vulnerable o vulnerables en extremo.
- El rol de enfermo. Parsons (1951) designaba los comportamientos que son esperados de una persona en función de su estatus dentro de un grupo social. El eje

central de las concepciones de Parsons en torno a la práctica médica es el concepto de “rol de enfermo” (sick role), un tipo de rol definido por una serie de derechos y deberes que nuestra sociedad occidental adjudica a los enfermos. Así, estos tienen derecho a ser eximidos de las responsabilidades sociales habituales y a no ser considerados responsables de la situación que están viviendo. De la misma manera, los enfermos están obligados a considerar su estado como indeseable (y por tanto, desear mejorar) y a buscar ayuda profesional y cooperar con ella en el proceso de curación. El deseo de disfrutar de los primeros y de evitar los segundos darían lugar a un complicado y dinámico juego de interacciones entre los distintos elementos sociales implicados en el enfermar (Parsons, 1982).

- La perfección de gravedad. La valoración que la persona hace de la gravedad de enfermedad sobrepasa las posibles consecuencias.
- Las expectativas de autocontrol o eficacia y las habilidades necesarias para el cumplimiento.

La forma en que todas estas características personales influyen en el cumplimiento se esquematiza en la (Ilustración 6).

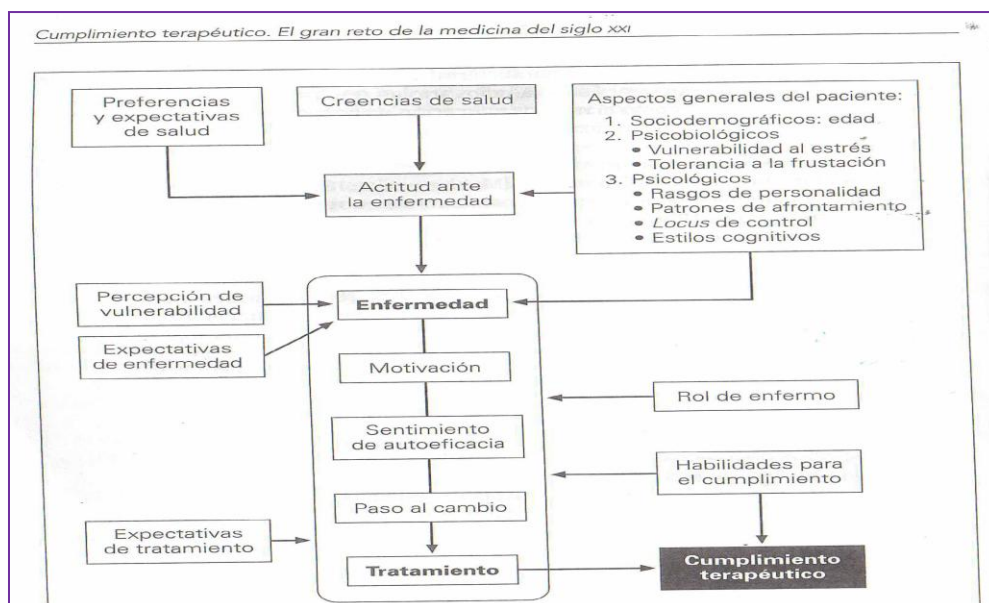


Ilustración 6. Factores relevantes para el cumplimiento terapéutico (Salvador y Melgarejo 2002: 36)

Para poder llegar a un buen cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico es esencial tener en cuenta todos estos factores, no obviarlos u olvidarlos, pues de sus creencias, expectativas, preferencias y motivaciones dependerá la buena adherencia del tratamiento y el cumplimiento correcto de la medicación por parte de los pacientes.

13.1.4.- ENTORNO FAMILIAR Y PROFESIONAL: ¡la cara visible!

Los *cambios* producidos en el paciente con trastorno mental alteran la rutina de la familia y sus consecuencias son devastadoras. El apoyo familiar es clave en los casos de tratamientos largos o enfermedades crónicas. La falta de apoyo social se ha asociado al incumplimiento en numerosos estudios. Cuanto mayor sea la alteración y a más personas afecte, mayores serán los riesgos. Por otro lado, el medio social desempeña un papel clave en el mantenimiento de los cambios de conducta y recaídas.

Entre los factores del entorno que favorecen el incumplimiento se encuentran: la falta de tiempo, las dificultades de los pacientes para acceder a la asistencia (actualmente las listas de espera), el tiempo en obtener una prueba diagnóstica, la “mala o nula” coordinación entre los profesionales de atención primaria y la especializada, el lugar de dispensación o administración y los problemas de confidencialidad (ABC, suplemento de salud, 2001, 1-7-01). Si a estos factores añadimos la no conciencia de enfermedad del enfermo mental y el no querer tomar el tratamiento psicofarmacológico, podemos encontrarnos con el surgimiento de problemas de convivencia en el núcleo familiar, pues en la mayoría de los casos es la encargada de la administración de la medicación del paciente. Este proceso de administración de la medicación conlleva o no la aparición de relaciones negativas entre (enfermo-psiquiatra, enfermo-enfermeras y enfermo-familia): *yo creo que no influye ni con la familia, ni con los psiquiatras ni con el personal de enfermería* (Livana. MIR de psiquiatra).

No necesariamente. Muchas veces es la relación negativa con el paciente o la familia la que condiciona las dificultades con la medicación. Tampoco tiene por qué con el personal de enfermería (Dr. Myles. Psiquiatra de agudos)

No creo que influya en las relaciones con la familia. Creo que influye más con nosotros los psiquiatras. Sí puede influir en las relaciones con los psiquiatras ya que los pacientes los ven a ellos como los responsables de muchos de los efectos adversos de la medicación. Muchas veces los psiquiatras no consideramos adecuadamente el valor que pueda darle el paciente a un determinado efecto adverso y decidimos por ellos sin escuchar sus molestias. Y con el personal de enfermería también puede ser que influya. Ya que ellos son la cara visible a la hora de administrarles la medicación (Electra. MIR de psiquiatra)

Por el contrario encontramos los que creen que sí pueden implicar relaciones negativas: *si creo que la medicación implica relaciones negativas con la familia, con los*

psiquiatras en menor medida y con enfermería también. Pues pasan a considerarse verdugos (Moses. Auxiliar de Enfermería).

Con la familia por supuesto, pues puede obligar y el paciente no quiere porque no tiene esa conciencia de enfermedad, o porque no quiere admitir que es un loco. Y con el personal de enfermería, supongo que igual. La diferencia radica que con el personal de enfermería no tienen tanta confianza como para mandarlo a la porra, como se puede mandar a una familia (Adara. Enfermera. Estudiante especialidad salud mental)

Efectivamente, la familia obliga a tomar medicación al paciente que no la quiere tomar y realiza un control estricto de la toma de medicación, también (...) Con los psiquiatras creo que también, ya que en el caso de la no conciencia de enfermedad conlleva la no necesidad de medicación por parte del paciente, por lo que el psiquiatra es el que prescribe y el que pauta la medicación. De todas formas es un arma de doble filo ya que el paciente ve en el psiquiatra a la persona que le puede disminuir las dosis e incluso retirar medicaciones. Y es en este sentido que la relación, por un cierto interés, puede ser entendida como positiva. Los pacientes con conciencia de enfermedad pueden ver en el psiquiatra un aliado que le pauta medicación para encontrarse mejor (...) El personal de enfermería es el que administra y controla la ingesta de la medicación. Se puede entender desde los dos supuestos anteriores, el paciente que no quiere tomarla, o no está de acuerdo por lo que lo vive mal y el paciente que pide incluso reservas o medicaciones de rescate y ven a enfermería un aliado. Dependerá del abordaje que se le haga y de la adherencia al tratamiento por parte del paciente (Irene. Enfermera)

Las opiniones se encuentran divididas, dos de los facultativos piensan que no tiene por qué haber ningún tipo de relación negativa ni con la familia, ni el psiquiatra, ni con enfermería. Mientras que Electra, refiere que si que puede darse con ello y con el personal de enfermería. En cuanto a enfermería, la mayoría afirma que a la hora de administrar el fármaco sí que pueden surgir relaciones negativas entre las personas que se encargan de administrar y controlar la ingesta de la medicación: familiares y enfermeros. Este hecho puede deberse, como citan varias enfermeras, a la nula conciencia de enfermedad y a la no percepción de necesitar medicación: "si fuera una aspirina no pasaría". Y a que tanto ellas como la familia son la cara visible a la hora de administrarles la medicación, como apunta Electra. Algunas familias viven con muchos stress el problema de la administración de la medicación en el domicilio, al ser los pacientes reticentes a tomárselas o se niegan rotundamente, motivo por el cual, se ven obligadas a administrar la medicación a la fuerza, lo que genera una situación de

conflicto con el paciente que, muchas veces la familia, más concretamente el cuidador familiar, no sabe afrontar, provocándole un gran sufrimiento.

13.1.5.- ENTORNO SOCIAL: la institución negada. El manicomio de antes y el psiquiátrico de ahora

Todos tenemos una idea parecida o similar, acerca de lo que es un hospital. Nos imaginamos, por lo general, un gran hospital, de color blanco, con largos pasillos, salas de espera llenas con numerosos enfermos y personal sanitario ataviado con uniformes o batas. Sin embargo, si pensamos en la dimensión social de estas instituciones, en la realidad clínico-hospitalaria, nos encontramos con una institución olvidada por todos, con la que ninguno de nosotros, quisiera tener algún tipo de contacto. Esta institución apartada, marginada y extramural, no es otra que el manicomio. Con solo oír la mención de esta palabra, muchos de nosotros nos estremecemos y en nuestra mente aparecen imágenes escalofriantes de un mundo oscuro, frío, desolado y sin pretenderlo sentimos miedo:

No quiero ver a los locos. No hay nada que hacer con ellos. Que no vengan a jodernos. Que se vayan a otra parte. Si se quiere con sus médicos, en un mundo cerrado, bien cerrado, hermético, donde se les olvide- en otro mundo-. Esto es exactamente a lo que responde: constituir otro mundo estanco donde sea confinada la locura. Por otra parte, el mundo normal, nada más que razón, nada más que sensatez- en el manicomio nada más que insensatez-. El manicomio purga, decanta, purifica, recoge entre sus muros toda la locura del mundo. Las rejas del manicomio separan, demarcan: fuera de lo normal, dentro de lo patológico (Gentis, 1970, En Basaglia, 1970; 12)

Nos imaginamos al *loco* encerrado en celdas, tras unas rejas o barrotes, donde aún existen las cadenas o por el contrario, nos imaginamos al enfermo mental encerrado en contra de su voluntad y sometido a una inactividad absoluta; pero ambos sometidos al poder de un saber o conocimiento médico denominado psiquiatría. Esta institución que se esconde -tras sus muros- es la denominada según Goffman [1961(1972)] *institución total*:

Una institución totalitaria puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente (...) Pero ha de advertirse que el mismo carácter intrínseco de prisión tienen otras instituciones, cuyos miembros no han

quebrantado la ley (...) Tales como “los hospitales psiquiátricos” (Basaglia, 1970; 13)

Basaglia (1970) refería:

Yo compartía la opinión corriente respecto a los hospitales psiquiátricos de provincias y que, después algunas experiencias superficiales me parecían algo a medio camino entre la prisión y el claustro: unos lugares insólitos que despiertan el sutil deseo de violación. Analizando mi primitivo comportamiento añadiré que la actitud del ciudadano medio en relación al enfermo mental, cuando no es de miedo o desagrado, puede revelarse benévola a través de hipótesis tradicionales y sugestivas: hay un gramo de locura en el genio, la locura es genial, etc. (Basaglia, 1970: 29)

Ciertamente se trata de una especie de racismo (...) Se dice los locos como se dice los negros o los portugueses. De ahí a exterminarlos no hay más que un paso... Si a lo largo del siglo XIX y en los inicios del nuestro no se ha recurrido a la liquidación física de los enfermos mentales es sin duda porque el problema no tenía entonces una gran incidencia económica. Por otra parte, el sistema no estaba para este género de bestialidades. Al fin y al cabo no era totalmente necesario matarlos: bastaba con no verlos (Gentis, 1970 En Basaglia, 1970; 13-14)

Para ello, se les ingresaba en una institución o manicomio. Lourau (1970) utiliza el término institución, como un espacio singular, clausurado, sometido a normas imperativas que reflejan en parte las normas de la clase dominante y en parte instaura normas especiales. Este autor nos ilustra con el ejemplo de un convento (Lourau, 1970; 29-30) pero él mismo hace referencia a que puede extrapolarse a instituciones hospitalarias y educativas. En estos casos, instituciones totalitarias o totales como nos refiere Goffman (1961), son separadas de las normas sociales exteriores y fuertemente regladas y el análisis de la situación de los individuos y de los grupos se vincula directamente o indirectamente con las instituciones (incluyendo o no las vivencias). Esta vivencia, tal y como lo indica Monnerot (1946) es o puede ser uno de los elementos que componen el sistema de referencia del individuo o del grupo en el análisis institucional. Por ello desde la fenomenología social de Monnerot, el enfoque objetivo de las instituciones debe de ser al menos completado por un enfoque interpretativo.

A pesar de los años transcurridos y aunque la psiquiatría ha estado en constante mutación, los psiquiátricos continúan manteniendo su imagen de siempre, tal y como explicaba Andrea¹⁴⁹:

Andrea: Hay una gran diferencia. Antes nos encerraban con rejas, y eso era todo, sino que nos encerraban a ochenta en la misma sala, y no teníamos sillas y debíamos sentarnos en el suelo. Ni siquiera podíamos ir a los lavabos. Luego había que... a las cinco de la tarde nos hacían cenar y nos hacían ir directamente a la cama, incluso en pleno verano (...)

Vascón: Pero ¿de qué modo han cambiado las cosas?

Andrea: Tanto como la noche al día. Al principio cuando empezamos estas asambleas, yo fui presidente durante un mes (...) Entonces nadie se atrevía a abrir la boca, todos estaban intimidados, atemorizados, no tenían el valor de hablar (...) fue el Dr. Slavich, que cuando al Pabellón C nos dijo: <Tome a diez o quince enfermos que vamos a dar un pequeño paseo por los alrededores> (...) Entonces todos fueron de paseo. Y todos tenían la impresión de ser resucitados. De repente se imponía otro espíritu, otro ambiente (...) Antes de aquello los que estaban aquí rogaban para morirse pronto. Cuando alguien moría, siempre sonaba una campana, costumbre que ya no se usa. Al sonar la campana, todos decían "Oh Dios, ojalá yo sea el muerto", "yo que estoy tan cansado de llevar esta vida aquí dentro" (...) Actualmente hay muchos enfermos que no quieren regresar a sus casas. Se encuentran bien aquí (Basaglia, 1970: 31-32)

En el último medio siglo se han vivido grandes transformaciones en la investigación, la terapéutica y los marcos legales orientados a preservar los derechos de los enfermos. Hoy en día, nos encontramos que nuestra sociedad continúa prácticamente con la misma imagen del manicomio/psiquiátrico y del loco/enfermo mental. En esta imagen o representación simbólica, pues no deja de ser un símbolo, influyen muchos factores que debemos de tener en cuenta a realizar un análisis institucional y que pueden estar íntimamente ligados al incumplimiento del tratamiento psicofarmacológico. Uno de estos factores es la imagen que tienen los informantes del psiquiátrico. Por ello, planteé en las entrevistas algunas preguntas ¿cómo lo definirían? Y ¿qué imagen tenían de él?

En un primer lugar muchos de ellos mencionan la infraestructura del psiquiátrico: *yo pienso que es un edificio antiguo y es que no invita mucho a... yo lo veo como una mansión horrible, sí, horripilante* (Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide).

¹⁴⁹ El primer internado que se entrevistó en Gorizia. En Basaglia (1970: 31)

Resaltan ciertos símbolos que son inseparables de la imagen del *manicomio*: *le sobran tantas rejas. Un hospital debería ser como Can Ruti que tiene las ventanas que no se pueden abrir pero no tiene rejas* (Artemisa. 43 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar). *Cuando me vi el panorama y de que las ventanas tienen rejas y todo esto, me hice a la idea* (Dion. 18 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica)

Cuando pasamos un día por la autopista y vimos Torribera, pensamos ¿ostras, aquí hemos de venir nosotros? Dijimos ¡uf! ¿Dónde nos hemos metido? Y al darnos las llaves nos dijeron que no podíamos ir solas por los pasillos. Entonces teníamos todavía más miedo ¡yo lo veía negro! muy poca libertad. Los veía aquí todos los días encerrados, no sé, yo lo veía y pensaba “si yo tuviera que estar algún día en un psiquiátrico saldría peor de lo que he entrado”. Pero después se ve que es muy diferente de lo que hemos pensado (Leda. Estudiante de enfermería)

Algunas opiniones ven el psiquiátrico como algo positivo:

Yo no tengo una mala imagen de aquí. La tuve durante un tiempo, pero en el último ingreso me di cuenta de que no es un sitio tan malo como parece y, que la gente que trabaja en él tampoco es tan mala como se cree, simplemente pienso que es un sitio donde vienes a ponerte bien y ya está (Anémona. 26 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Las opiniones pueden estar influenciadas por sus vivencias:

Este es un centro psiquiátrico, un centro para recuperarme de mi salud mental y en el cual me encuentro bien, no me siento amenazado, digamos que yo cuando salgo fuera, siempre estoy a la expectativa y cuando estoy aquí digo, bueno ya estoy en casa, -no como mi casa-, pero sí en casa, porque como en casa en ningún sitio (Raissa. 29 años. Diagnóstico médico: Trastorno psicótico)

Para mi es estupendo estar ingresada aquí ¡ojalá todo el mundo estuviera una vez en la vida en el psiquiatra!, porque todos lo necesitamos una vez al año (Megan. 34 años. Diagnóstico médico: Trastorno de personalidad)

Las narrativas son contradictorias, pues este hospital es visto como un lugar para curarse o donde todavía impera la imagen del *antiguo manicomio* En realidad ¿qué es para ellos este centro?

Es un centro monográfico de cuidados al enfermo mental que ofrece diversos dispositivos (tanto agudos, subagudos, rehabilitación, hospital de día, socio-sanitario, etc.) para el adecuado tratamiento del paciente y un abordaje integral (Electra. MIR de psiquiatra)

Pues es el recurso donde tener resguardados, medicados y bajo cierto control a aquellos pacientes que por uno u otro motivo no logran una reintegración socio-familiar mayor. Lo considero una necesidad, y a la vez el recordatorio de que otros recursos que implican un mayor grado de integración, o bien son insuficientes, o bien no son adecuados para todos los pacientes (Dr. Myles. Psiquiatra de Agudos)

Un lugar en el que se aborda la problemática mental de la persona y se la intenta reinsertar a su día a día. La imagen es de un centro hospitalario grande, en él que la atención individualizada en todos los ámbitos a veces resulta complicada y en él que se manejan muchas circunstancias personales del individuo. Tengo la imagen desde fuera de personas crónicas que deambulan por el recinto y de personas agudas que deambulan en pijama acompañados por una bata blanca (Adara. Estudiante especialista salud mental)

La opinión de los profesionales se centra en cuestiones de definición, donde se pone de manifiesto el conocimiento que tienen de lo que consideran un centro psiquiátrico, su función y sus recursos. No piensan en el *manicomio* como una institución oscura, fría, con barrotes, ambiente de reclusión, etc. Quizás porque ellos están de paso; es decir, llegan, trabajan y se van a su casa. A diferencia de los “internos” que pasan las 24 horas del día entre los muros del manicomio. Además, si pensarán en esta imagen de su centro de trabajo, sería una forma de desvalorar su trabajo y degradarlo.

Desde el desconocimiento de la institución psiquiátrica (antes del contacto) la percepción que se tiene, es la que todos conocemos a través de la difusión que hacen algunos medios de comunicación: *¿mi imagen de un psiquiátrico? ¿Cómo era? Pues como en las películas, gente ahí en la esquina tirada, con comportamientos extraños... Es gente más educada, yo pensaba que serían más barrueros* (Loto. Estudiante de enfermería).

La imagen pre-contacto es la del manicomio, con pacientes realizando conductas extrañas, tirados por el suelo, agresivos... lo que genera un gran miedo. A pesar de haber transcurridos casi cuarenta y cinco años de la obra de Basaglia (1970), la imagen del psiquiátrico no ha cambiado:

Vascón: Dígame, por favor ¿Cómo era antes el psiquiátrico?

Margherita: Antes el hospital era triste y nosotros éramos tristes.

Vascón: ¿Había rejas, puertas cerradas?

Margherita: Sí, había redes metálicas. Empezaron por quitar las redes en nuestro pabellón y luego nos quitaron las camisas de fuerza y nadie se ha portado tan mal...

Vascón: ¿Y llevaban estas camisas todo el día?

Margherita: Sí, todo el día, desde la mañana a la noche, y muchas veces incluso en la cama nos ataban los pies, los hombros, todo, como Cristo en la cruz...

Vascón: ¿Y dolía?

Margherita: ¿Cómo si dolía? Por estrafalario que uno sea, no creo que le haga bien tener que estar de aquel modo.

Vascón: ¿No salían nunca?

Margherita: No, nunca salíamos. En aquel tiempo yo ni siquiera iba a trabajar porque tenían miedo de que lo rompiera todo.

Vascón: ¿Ni siquiera al jardín?

Margherita: Sí, íbamos al jardín, pero incluso allí estábamos atados. Cuando hacía buen tiempo, nos llevaban al jardín. Me han atado tantas veces al banco, al árbol que hay allí. Siempre me ataban allí.

Vascón: ¿Y porque les ataban?

Margherita: Porque se ve que no había tratamiento como ahora. Es posible que existiese, pero se ve que el anterior director ni lo usaba. Desde que ha llegado Basaglia, con el tratamiento de ahora, ha mejorado el hospital en un cien por ciento.

Vascón: Y ahora todo está abierto, ustedes pueden ir y venir cuando quieran, ¿no?

Margherita: Si, ahora sí, pero antes yo no podía, no nos dejaban (Basaglia, 1970: 32-33)

En un primer momento los informantes expresan sentir *miedo* hacia este hospital, donde encontramos *barrotes, rejas*, símbolos de la privación de libertad. Miedo a la institución *a salir peor de cómo llegas* y miedo a los enfermos, que *pegan, muerden o son agresivos*. Estas opiniones pueden estar condicionadas por la difusión que hacen los medios de comunicación, quienes, pueden contribuir eficazmente a minimizar o reducir el estigma que existe sobre las personas con alguna enfermedad mental.

Según el artículo (Vera, 2007: 57-67) hoy en día, la institución manicomial es un escenario muy frecuente en películas, sobre todo de terror. Por poner algunos ejemplos citar: *Refugio macabro/ Asylum* (1972) de Roy Baler, *Gothika* (2003) de Mathieu Kassovitz, etc. También es frecuente recurrir a antiguos manicomios como escenario tétrico y misterioso en el que tienen lugar insospechados fenómenos, como de *Session* (2001) de Brad Anderson rodada en el hospital psiquiátrico de Denver. Este tipo de cine de terror ha tendido a presentar los hospitales mentales como lugares oscuros, tenebrosos, de paredes frías y muros altísimos, con enfermeras diabólicas y directores dementes. Sin embargo, no solo el cine de terror ha empleado esta fórmula.

En general, todo el cine ambientado en manicomios presenta el lugar de manera semejante. Pues, la gran pantalla tiende a transmitir una imagen de la institución mental asociada al desorden, descontrol y desorganización. La imágenes más repetidas en el escenario del hospital psiquiátrico, es el loco al que hay que controlar con la camisa de fuerza que debe de ser colocada entre varios enfermeros, pasillos repletos,

comedores hacinados... En este sentido tampoco falta la escena de la habitación o salón de locos, donde cada uno hace gala de su locura y forman una jaula de grillos.

Además del cine, también es frecuente la emisión de noticias, reportajes o series de ficción sobre las personas con enfermedad mental, en los que la visión que se ofrece está llena de prejuicios y estereotipos que conducen al estigma y la discriminación:

Medios de comunicación como el cine, la prensa, la televisión y ahora internet han construido una “leyenda negra” de los manicomios, sus tratamientos y prácticas que ha terminado por convertirse en una “verdad” muy extendida y por momentos incuestionable, acaso por la fuerza de las imágenes. Estos medios se han encargado de difundir cómo proliferaron las terapias de choque que estuvieron vigentes desde la década de 1930, entre ellas el muy controvertido electroshock, las muy famosas e irreversibles lobotomías o la introducción de los primeros fármacos a mediados del siglo pasado, nuevas “camisas de fuerza” que con su acción sedativa daban cierta contención a la enfermedad. Desde la pantalla grande, en el papel de las rotativas o a través de los testimonios dejados por los propios internos, los manicomios emergen como “depósitos” donde los pacientes se muestran hacinados, en condiciones insalubres de alojamiento, sin recibir ningún tipo de atención médica ni de rehabilitación, incomunicados en celdas de aislamiento y con la mirada perdida en el horizonte, sin rastro alguno de humanidad. Por más paradójico que nos resulte, a principios del siglo XIX los médicos que, como Esquirol, creyeron y alentaron la fundación de manicomios lo hicieron precisamente para luchar contra todos estos males que acabamos de mencionar. En su significado literal, el manicomio sería ese territorio destinado a cuidar, tanto en el sentido de atender como en el de vigilar, a peligrosos y diferentes (...) Es por ello que este lugar de la locura ha sido percibido como un espacio para silenciar a todos aquellos cuya manera de pensar, sentir o comportarse resulta intolerable o amenazante para la sociedad. Pero al poner la etiqueta de patológica, la medicina no sólo traza una línea entre unos y otros, sino que establece los comportamientos que pueden ser “tratados”, aunque los elegidos podrán objetar que tal marca de apariencia científica no es sino una construcción social¹⁵⁰ (Sacristán, 2009: 164-165)

Porter, nos recuerda que todas las sociedades identifican a los seres diferentes, casi siempre a los creen peligrosos, de ahí que se les aparté, para buscar las causas que expliquen esa desviación de la normalidad (Porter, 2003:67-68). Estos “locos”, que durante siglos se les ha considerado peligrosos para la sociedad fueron recluidos en cárceles, leproserías... y por este motivo, la imagen de la institución psiquiátrica se asemejaba a la institución penitenciaria:

¹⁵⁰ Sobre la construcción social en psiquiatría, véase Scheff, T. J. (1973) El rol del enfermo mental, Buenos Aires, Amorrortu.

El manicomio ha sido un lugar grotesco y muy alejado de la medicina. Sin, embargo, desde que a mediados del siglo XX comenzará la reforma psiquiátrica, las instituciones mentales han sufrido enormes transformaciones. Hoy en día, la institución mental no es ni mucho menos el infierno que refleja el mundo del cine. El cine ha perpetuado la imagen del antiguo hospital psiquiátrico y no ha dado fe de la reforma que ha operado en ellos el último siglo, transmitiendo una imagen obsoleta y falsa de la realidad del psiquiátrico (...) Viendo las películas de cine parece que nada hubiera cambiado en los últimos 50 años, cuando sí ha sido así (Vera, 2007: 58)

Retomando las narrativas de los informantes sobre su imagen del psiquiátrico, decir que la percepción después de su paso por esta institución cambia totalmente. Esta imagen deja de ser un lugar oscuro, tenebroso y terrorífico, para dejar paso a ser una institución terapéutica, donde los usuarios son *normales*, pudiendo hablar con ellos y donde un profesional se puede sentir cómodo trabajando:

Y ahora que he estado trabajando y que llevo casi un mes, pienso que no es para tanto. Que es algo diferente pero que en realidad está guai trabajar aquí (Anaís. Estudiante de enfermería)

Totalmente cambiada con la que llegué, porque llegué con miedo y luego al final ves a los pacientes con los que puedes hablar, llevar muy bien y que realmente puedes convivir con ellos, entonces me voy contenta (Layna. Estudiante de enfermería)

Yo entré aquí con ganas pero con cierto miedo. Pensé es un psiquiátrico, cuando he estado aquí realmente me he divertido, he aprendido. Cuando llegamos aquí, estábamos fuera, sentadas, como mirando para los lados y diciendo jolín, nos van a pegar (...) Pero de entrada, a mi me ha gustado (Ligia. Estudiante de enfermería)

Los enfermos, generalmente tienen una visión más negativa de lo que es un psiquiátrico y pueden estar influenciadas por el tipo y motivo de ingreso que les ha llevado hasta el psiquiátrico; puesto que no lo vivirá de igual modo la persona que ingresa voluntariamente porque se considera enferma o porque busca algún tipo de solución a su problema, que la persona que ingresa involuntaria o en contra de su voluntad.

Lo cierto es que el psiquiátrico continúa siendo una institución desvalorizada, marginada y rechazada; un establecimiento encargado de dar contención a la locura y un símbolo represivo en el imaginario colectivo y social. Esta imagen tan negativa y nefasta por parte de la sociedad va ligada al estigma que persigue a la enfermedad mental o locura y, a la difusión que hace de ésta los medios de comunicación. Todo

ello provoca una discriminación, que da origen a un prejuicio que desvaloriza a estas personas. Esto puede reflejarse en una asignación menor de recursos técnicos y humanos (existe una dotación inferior de personal en éste tipo de centros (por ejemplo en un hospital general la dotación del ratio de enfermeras es de 1 enfermera por cada 10 pacientes) y en psiquiatría es mucho menor:

- En agudos: 2 enfermeras para 29 pacientes (y esta unidad es contemplada como si fuera una UCI de un hospital) y 3 psiquiatras.
- En subagudos 1 Enfermera por 24 pacientes y 1 psiquiatra.
- En rehabilitación 2 enfermeras por 50 paciente y 2 psiquiatras.

Como podemos comprobar existe una desproporción en el número de personal, sobre todo del número de enfermeras. Todo ello desemboca en una menor dotación o gasto económico en salud mental y un trato discriminatorio hacia los enfermos mentales, quizás producido por el gran prejuicio que se tiene a la institución “manicomial”. Según Uriarte (2005) con este término se define la actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de forma negativa o positiva hacia el objeto del prejuicio, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento. En nuestra sociedad existe un prejuicio hacia los enfermos mentales, esto está claro. Esta discriminación provoca que individuos o grupos de una sociedad priven a otros de sus derechos o beneficios por su causa:

Aunque las últimas décadas han sido testigos de dramáticos¹⁵¹ avances científicos en la conceptualización y la terapéutica de la enfermedad mental. Al decir de la Ley General de Sanidad de 1986, las actuaciones sanitarias en el ámbito de la salud mental se enmarcan en “la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales”. Pero a pesar de la proclamada asimilación del paciente psiquiátrico a cualquier otro ciudadano que requiera intervención sanitaria, persiste el estigma que acompaña a algunas enfermedades mentales, como la esquizofrenia. Consecuencia del estigma es la insuficiente aceptación de los procesos de reforma y el modelo comunitario, derivada de que los ciudadanos, por lo general asumen su necesidad pero no facilitan en modo alguno su implantación y desarrollo si les afectan directamente o suponen que un colectivo de enfermos pase a residir o a ser atendido en su cercanía. Es la actitud denominada “Nimby” (“Not in my backyard”: no en mi patio) o “Span” (Sí, pero aquí no) (Uriarte, 2005:1)

¹⁵¹ Cita literal, pero pésima traducción del inglés.

13.1.6.- AL OTRO LADO DEL ESPEJO: autoimagen

En este subapartado he creído oportuno incorporar testimonios extraídos de un concurso de narraciones¹⁵² donde participaron diferentes tipos de *profesionales antiguos*. Este concurso se realizó en el año 2006, para conmemorar el 75 aniversario de la Clínica Mental. En él se ofrecen visiones y experiencias diversas centradas en hechos que se pueden clasificar como históricos y otras que son producto de la imaginación:

Històries construïdes amb humor, tendresa, esperança, tristesa; històries que extrapolen l' afecte, la compasió i l' orgull d' haver treballat en un espai on la vida trascorre de moltes maneres, però sempre amb una gran intensitat (Diputació de Barcelona, 2006: 8)

Nicólas (2006) nos presenta Torribera: la meva primera experiència:

Vaig a la primera feina, i pensó: però no l' he pogut trobar en un altre lloc? Per què un psiquiàtric? Per què tan lluny? Deuen estar tancats tots el bojos? Què hauré de fer?... Primer haig d' arribar a Santa Coloma, en plena muntanya!, i... envoltada de malalts mentals! (...) Realment, el que començava era una aventura: una feina, sí, però en un lloc molt especial; tota una experiència que, anys després, he de confessar que m' havia deixat una molt bona empremta. Anaven passant els dies (...) però..., sempre hi ha un però... els malalts eren per tot arreu, passejaven per on volien, i se t' apropaven per demanar-te un duro d' aleshores o una cigarreta, però és que se t' apropaven molt, se t' apropaven massa! Se t' apropaven tant que havies de fer dues passes enrere, i mai sabies com reaccionar.

Amb el temps vaig estimar-los a tots, a tots els que hi vaig conèixer... En Juanito, a qui li agradava torear els cotxes amb un genoll a terra, demanar-te bolígrafs nous amb caputxó i dir paraules adreçades gairebé sempre, al personal sanitari femení, ja fossin infermeres o monges (...)

En Turull, "armat" amb un paraigua, que va aixecar fins a posar-ne la punta a l' alçada del meu ventre; jo sabia de la seva simpàtia per les novel·les de gànsters i de la seva agressivitat; què havia de fer en un moment com aquell? Res! No vaig fer res! No podia moure'm i, amb un fil de veu, li vaig dir: "Turull, a què jugues?" La seva resposta va ser d' allò més lògica: " Aquesta és la meva escopeta i la descarregaré a la teva panxa perquè s' ompli tot de sang!" Ep!, que bé! "Doncs, descarrega-la en un altre lloc que ara tinc feina...", això vaig gosar de dir-li, i em va sortir bé, però quan vaig arribar a l' altra banda, vaig haver de seure perquè les cames em tremolaven (...)

En Barceló, el fill de la Diputació, el que tenia tots els drets que l' Administració li pogués atorgar...; ell no ho deia perquè sí: havia nascut a la Casa de la Maternitat, havia estudiat a les LLars Mundet i l' havien traslladat a la Clínica Mental. Era casa seva, però de tant en tant havia d' anar-se'n d' excursió; i un dia trucaven de

¹⁵² Concurs de narracions breus (2006) 75è Aniversari Torribera. Diputació de Barcelona. Xarxa de municipis.

qualsevol psiquiàtric de Sevilla, Albacete, Navarra..., i et preguntaven: Vostès han trobar a faltar algú? I tant que sí! Se'l trobava molt a faltar, perquè, a més a més, cantava igual que el Nino Bravo i compartia amb tu els seus viatges per tots els psiquiàtrics d' Espanya.

Els billetes verds, que només veies sonriure quan parlava de "calerons".

El de l' escombra, que se't volia endur a passejar a la muntanya amunt amb no gaire bones intencions; el polític, que recorria tot el recinte fent mítings, a crits, (...) la Maria Àngels, petita i entremaliada, que et seguia a tot arreu amb la condició que li prestessis una mica d' atenció; el cavallers, que donava lliçons de protocol i de com tractar les senyoretes de l' oficina i les infermeres, i molts més. De seguida em vaig acostumar a parlar amb tots, els saludava, els escoltava, i, de vegades i tot m' atrevia a renyar-los una mica perquè havien fet alguna entremaliadura. I, amb aquesta seguretat que et dona saber fer una cosa tan complexa com tractar un malalt mental (Nicólas, 2006: 25-29 en Diputació de Barcelona, 2006)

Y Amela (2006) describia la realitat que veia cuando era petita:

Quan jo era petita veia passar uns homes que no anaven vestits con tothom: portaven pijama. La gent ens deia que eren bojos del manicomi, que anéssim amb compte. Qui era aquella gent? Per què anaven pel carrer amb pijama? Per què els nois grans es ficaven amb ells i se'n reien? Quan fèiem qualsevol d' aquestes preguntes, tot era tabú; "No t'hi acostis, són bojos, han fugit del manicomi" i remugaven "no sé per què els deixen sortir, el guardià deu estar dormint i per això s' escapen". No enteníem gairebé res. Quan ja érem més grandets (...) no em deixaven anar fins a una bassa que era massa a prop del manicomi (...) Hi anàvem d' amagatotis i si venia algún boig cridàvem i sortíem corrents; era molt divertit (...) A mesura que vas creixent els veus al teu voltant cada dia i durant anys, i arriba un moment que no t' adones que et passen pel costat. Mai s' havia ficat cap d' aquells homes amb nosaltres (...) Anàvem a menjar la truita i enterrar la sardina a una esplanada al costat de la clínica. La veia de lluny, però mai em va cridar l' atenció i no tenia interès per saber què passava allà. Era una cosa llunyana. Però tot això de cop i volta va canviar. Vaig fer el curs d' auxiliar d' infermeria (...) Era l' estiu i els faltava personal, i així va ser com vaig començar a treballar a Torribera (...) quan comences a treballar sense conèixer el funcionament dels pavellons, el tipus de pacients de cada unitat i les normes existents, sembla que véns d' un altre planeta i aterres en un món diferent (...) El meu treball és molt gratificant, ja no són els bojos de la meva infància, són persones amb noms i cognoms, amb una història al darrere i un futur en el qual podem posar el nostre granet (...) Des de fora no pensem que encara que estiguin malalts tenen sentiments i que un cop de mà a temps sempre és preferible que no pas la indiferència. La imatge que tenia quan no els coneixia no té res a veure amb la realitat, no són gent que hagin d' esquivar, són gent que hem d' entendre. No importen les coses dolentes que hagin fet a la seva vida, ni les malifetes que els han portat on són, el que importa és que tenim al costat unes persones malaltes. La meua tasca no és curar-los ni ridimir-los sinó que és tenir cura de les seves necessitats. Amb els joves semblo la gallina amb els pollets, amb la gent gran pensó que podrien ser els meus pares, per a tothom tinc una paraula amable. Al cap i a la fi el que tots necessiten és una mirada tendra i

una carícia, com tothom, res més (Amela, 2006:47-50 En Diputació de Barcelona, 2006)

El contacto y conocimiento de esta microsociedad y sus personajes contribuye a que los profesionales que han llegado a trabajar allí, al principio con incertidumbre, miedo, pavor e incluso terror, perciban esta realidad desde un prisma diferente, cambiando sus sentimientos de miedo y terror, por comprensión, respeto y deseos de ayuda. Antes de pasar a analizar estas cuestiones más en profundidad, quiero plantear las incógnitas sobre *locura y loco*: ¿qué se entiende por enfermedad mental o locura?

Una alteración de la mente que compromete tanto las emociones, las cogniciones y el comportamiento y que dificulta a la persona en su adaptación en el entorno cultural y social (Electra. MIR de psiquiatra)

Alteración en el equilibrio neurofisiológico (por causa primaria o secundaria) que trae por consecuencia alteraciones en el funcionamiento emocional, cognitivo, conductual o de biorritmos de un individuo. Aunque puede tener una causa ambiental debe tener una base orgánica, y puede acompañarse de un deterioro progresivo (incluso no reversible) de las funciones psíquicas (Livana. MIR de psiquiatra)

Alteraciones de la conducta, la cognición, el afecto, el razonamiento o la percepción de la realidad que se alejan marcadamente de lo esperado para el grupo social donde pertenece el individuo (Dr. Myles. Psiquiatra de agudos)

Para los facultativos la enfermedad es equivalente a alteración o desequilibrio de la conducta, tornándola inadecuada y anormal a lo que dicta nuestra sociedad. Y las enfermeras:

La enfermedad mental se podría entender como alteraciones de los procesos del pensamiento, de la conducta inadecuada, cognitivos y afectivos o del estado de ánimo en el desarrollo de la persona. Se pueden considerar como anormales con respecto al grupo social de referencia a través de la comparación de conductas consideradas como dentro de la normalidad. El sistema nervioso central, lo alteran los tóxicos, las pastillas de diseño, la bebida, entre otros y cada vez hay más y más jóvenes (...) Y seguimos entendiendo toda la locura como comportamiento anormal y peligroso para el resto de la sociedad (Irene. Enfermera)

Esta es la pregunta del millón ¿no? La enfermedad mental como esa gran desconocida, no sé, la enfermedad mental para mi es una gran incógnita ¿qué les habrá pasado?, ¿qué circuito se les habrá cruzado y que pasará y que pasa?, ¿cómo puede ser que una persona de la noche a la mañana se brote sin haber dado demasiados síntomas? (Adara. Estudiante especialista salud mental)

Como podemos apreciar, surgen cuestiones como el desconocimiento hacia la enfermedad mental, las normas de la sociedad, la violencia o agresividad y sobretodo la estigmatización y los prejuicios. Estos factores, que influyen en la visión o imagen que tienen los profesionales sobre la enfermedad mental, aparecen también relacionados con la imagen que proponen del enfermo mental. Los profesionales tienden a definir a estas personas individualizando los casos a través de ejemplos y los relacionan con síntomas. Diferencian también las conductas y comportamiento en las fases agudas o “brotos” de los enfermos. Sin embargo, cuando están estabilizados, el discurso cambia:

Cuando están en sus fases más agudas, igual sí que es más difícil entablar una conversación, pero que luego son normales, que da lástima. Son personas iguales, igual que tú y que yo. Sí que es verdad que hay alguno que en algún momento no puede hacerlo porque está descompensado, pero a la que se compensa sale a la calle y es una persona completamente normal (Pandora. Enfermera)

La definición sería “una persona que tiene sus funciones psíquicas alteradas” “es inestable y peligroso para él y para su entorno”. Muchos pacientes mentales tienen sus funciones psíquicas alteradas, pero no necesariamente ha de ser peligroso para él, o para su entorno. No nos engañemos, en fases agudas de una crisis psiquiátrica es posible y más que probable (Irene. Enfermera)

La percepción del enfermo mental muestra en algunos casos ambivalencias positivas y negativas. Se podría aplicar la expresión *de contigo, pero sin ti*. Quieren expresar una actitud positiva de normalidad, sin embargo continúan pensando en una imagen “estereotipada de la enfermedad/enfermo mental”. Se mueven en la eterna dicotomía de normalidad/anormalidad, Devereux (1956).

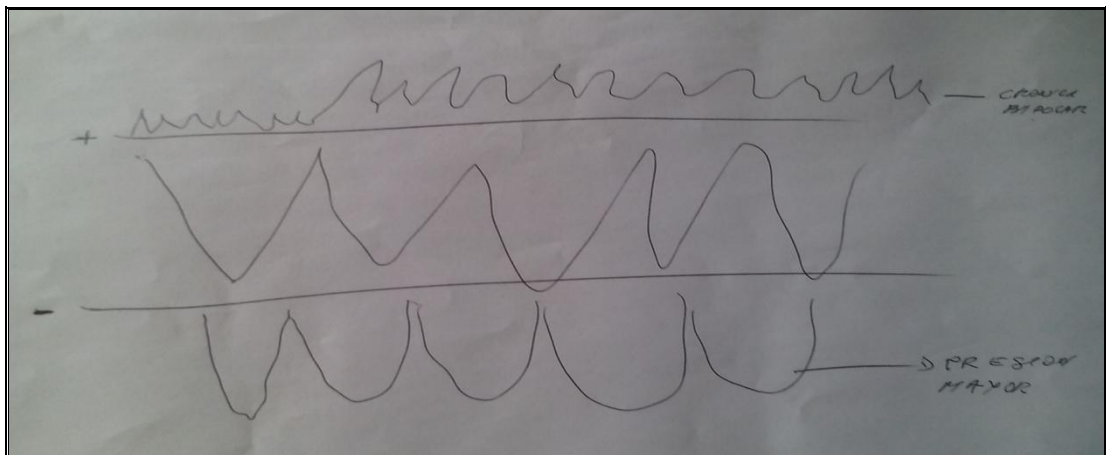
Los facultativos emplean términos científicos relacionados con factores fisiológicos y orgánicos, para definir la enfermedad mental, la mayoría englobados dentro del modelo biomédico. Sin embargo, las enfermeras tienden a explicar la enfermedad mental con conceptos humanistas, pues hablan de personas y personalizan situaciones. Pero entre estas narrativas de las diferentes disciplinas hay un punto de intersección: la dificultad existente para la adaptación de estas personas en la sociedad. Esta cuestión es un tema complejo y complicado, porque existen pocos dispositivos específicos para este tipo de usuarios. Y en muchas ocasiones es la propia sociedad la que se encarga de devolverlos al manicomio, bien a través de los familiares, los vecinos o los jueces. Ahora veamos otro punto diferente sobre el concepto de locura:

La locura significa rebeldía, generosidad, obsesión, misterio, lo abstracto, lo imposible, lo que está más allá. La locura en escena es “correr, amar, escapar”... Se identifica con la carcajada y la tristeza, con la verdad y la mentira, desgracia y felicidad, fantasía y realidad, pobreza y riqueza, desgracia y felicidad, reclusión y libertad, honradez e indecencia, piedad y crueldad, renuncia y esperanza, miedo y valentía, silencio y grito desgarrado. Jamás una palabra ha significado tantas cosas a la vez ni ha servido para designar opuestos o contradicciones tan importantes. El loco se define por su aspecto “lleva el pelo encrespado, tiene apariencia anormal...”, “está como loca, con los brazos separados...” “se volvía loca, con la cara descompuesta y los ojos extraviados, sin respiración, sin aliento y sin ver por donde pasaba”... Los locos están como cabras, van como locos, están como locos, “loquean”, no andan bien de la cabeza. La locura puede expresarse con gestos o signos. Un signo generalizado en el mundo y que puede verse lo mismo en un americano, un africano o un europeo es el llevarse el dedo a la sien para indicar que una persona está “loca”, o como se dice en “argot” popular “no está cuerda”, como si la mente fuera un reloj y este reloj debiese ir a un ritmo apropiado. Por eso los locos, “pierden la cabeza”, “vuelven loco a cualquiera”, “cada día están más locos”; “les falta un tornillo” si se compara la mente con una máquina cualquiera. En el lenguaje común la palabra loco sirve para designar acciones diversas: ¡no seas tan loco!, ¡estaba usted loco!, ¡te vas a volver loco!, está loco perdido, ¿A dónde va ese loco? En la misma sociedad los niños y los adultos juegan a hacerse el loco, no hay otra enfermedad que pueda dar más miedo el simularla: pasa por loco, se hace el loco, ¡no seas loco!, ¡te puedes volver loco! (Ruíz, 1979, 106)

En cuanto a las opiniones sobre la enfermedad debemos de partir de la base de su percepción y de su vivencia; ellos personalizan e individualizan los conceptos, los llevan a su terreno y lo adaptan a su realidad inmediata: *tener una enfermedad mental significa tener una realidad propia* (Marmara. 46 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia Esquizoafectiva)

Yo la enfermedad que tengo la puedo dibujar ahora en un folio. Lo mismo que me explica la doctora te lo puedo explicar, es muy fácil. Yo te lo explicaré con unas palabras que no son las que utilizáis vosotros, pero da igual. El ser humano se mueve en parámetros y en esos parámetros se dice que son los normales. En cuanto se sube el pico o se baja el pico y se mantiene un tiempo, decimos que este paciente es un bipolar, y está en tratamiento como bipolar, más o menos en síntesis sería eso, eso en cuanto al bipolar. Pero ¿qué pasa con la depresión mayor? En esta parte de abajo, diríamos que una depresión mayor sería un estado continuado de esta baja. Estar aquí sería un bipolar, no voy a apuntar símbolos porque da igual. Digamos que entre esto y esto se mueve cualquier ser humano, y decimos que está bien, que está un poco arriba o un poco abajo. Sí esto está aquí y nos va haciendo estas puntas, también explicado muy rápidamente, decimos que esto ya es crónico, que es un bipolar y que necesita un tratamiento psiquiátrico contra esta enfermedad que es el bipolar. Si esto está así y permanece así,

decimos que es una depresión mayor y que no tiene nada que ver con el bipolar. Es una consecuencia de lo que sea y una persona puede tener una depresión mayor y no ser bipolar, o sea que así tenemos los dos casos. Muy rápido y en síntesis ¿eh? esto sería la enfermedad que yo padezco. Y ahora que sé esto pienso que es una putada, porque si alguien me lo hubiese dicho antes... y lo que yo no sé es cuando se me destapó esta enfermedad de bipolar. Entonces no hubiera hecho la vida que llevaba de cojo un avión, cojo otro avión... vete al extranjero a trabajar constantemente y levantar una empresa para que luego todo se vaya al garete. Si sé que lo que tengo es una enfermedad bipolar lo primero que hago es documentarme (Paris. 61 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo mayor) (Véase dibujo 1)



Dibujo 1. Depresión y trastorno bipolar según Paris.

El universo de la enfermedad mental, su percepción y la vivencia son muy diferentes entre los propios informantes, pues algunos de ellos nombran la enfermedad como un símbolo o metáfora, la describen como una enfermedad que irrita, invade, descontrola, provoca un sufrimiento atroz a todos los que la rodean.

Según Ramírez (2001: 190-191), las emociones permiten al sujeto dar valor, saliencia y significación (subjettiva e intersubjetiva) a su relación constitutiva con la enfermedad, con su entorno y con el mundo, implicándolo. Se trata de un sujeto que siente con otros sujetos que también sienten (Denzin, 1984), compartiendo y negociando significados sobre lo que activamente le sucede y que nos trasmite a través de sus narrativas. Las dimensiones «pragmáticas» y comunicativas (Schieffelin, 1983) de lo emocional (Papataxiarchis, 1994; Williams, 2001 en Ramírez, 2001), son arte y parte del proceso por medio del cual las personas, los sujetos sociales, los grupos, construyen y son construidos por su entorno, siempre social.

Otros informantes describen la enfermedad con descripciones de las actividades de la vida diaria que asocian a una “especie” de síntomas y establecen una relación con un diagnóstico médico (generalmente porque lo han oído de los facultativos).

Y ¿qué significa loco?: *pues, tener una forma de ver las cosas que es fuera de lo normal, que no es la usual... Si, un poco sería todo aquello que se sale de lo normal* (Anémona. 26 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia) *¿Una persona con un trastorno mental? Inteligente, que sufre también. Que hay gente que le cuesta abrirse más a la gente, poco comunicativa y poco... nada... hay mucha gente de todas las clases. Se ríe* (Atenea. 32 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia).

Una vez me llamó una amiga y me dice ¿quieres salir? Y le digo no que tengo que ir al médico, y dice ¿Qué tienes que ir al psiquiatra? ¿Qué pasa que estás loca? Y le digo no, no estoy loca. Y me dice ¿qué te tienes que tomar toda la vida las pastillas esas? Y digo, jolín si sé no digo nada, hombre. Pero que pasa ¿qué tu no vas al médico? dice, sí, pues lo mismo que yo, y dice pero tú vas a un psiquiatra, y digo ¿y qué?, pues que al psiquiatra van los locos. Le digo, que me estás llamando loca ¿eh? (...) Y mi madre me dijo ¿Quién ha dicho que tú estés loca? Y digo, como voy al psiquiatra y eso... Y dice, eso no tiene nada que ver, o me pongo muchas veces a la ventana a escuchar, y dice mi madre a ver si escuchas mal, porque mi habitación da al patio y me pongo a escuchar... Y oigo cosas: *dicen que estoy loca*, que lo he oído yo. Por eso para mí decir loca o loco es negativo, sí (Sirena. 28 años. Diagnóstico médico: Trastorno límite de personalidad)

Algunos informantes hablan en tercera persona:

Enfermo mental es una persona que tiene un estado emocional, pues, de miedos, de depresión, de ganas de llorar, de ganas de hacerse daño. Un enfermo mental es una persona muy sensible que necesita mucha ayuda y mucha atención y sobre todo necesita mucho cariño, de parte de todo el mundo (Sophia. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

En este testimonio podemos apreciar que en un principio parece que la informante relacione dicotomías entre enfermedad mental versus locura, y enfermo mental versus loco¹⁵³, pues para algunos informantes no significan lo mismo. Sin embargo, acaba hablando de lo que es un enfermo y de la enfermedad mental, pero no lo relacionan con su persona. Ajax se refería así al hablar del concepto de loco: *desordenado mental que dice cosas que no son. Tengo un vecino que sí tiene un trastorno de personalidad y pega a sus padres* (Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). *Locura: Estado*

¹⁵³ He querido incorporar algunos testimonios obtenidos en los resultados de mi tesina de Máster porque algunas cuestiones fueron ya tratadas y considero que ayudan a enriquecer los resultados de esta tesis.

de perturbación provocado por la maldad del mundo y por la magia negra. Que tiene locura, que habla con el infinito, habla con el más allá, con los planetas lejanos. Vive en un mundo que no existe (Jacinto. 39 años. Diagnóstico médico: Retraso mental).

Algunos informantes levantan una barrera, pues el término “loco” es un estereotipo que conlleva un estigma social y así es percibido generalmente por los informantes. Algunos sujetos perciben al loco y locura como conceptos surgidos de experiencias vividas y también como individuo que incumple las normas de la sociedad y que presenta un comportamiento extraño y peligroso. También en las narrativas de los informantes pueden aparecer términos relacionados con creencias mágico-religiosas. Algunos no se consideran enfermos y no tienen conciencia de enfermedad. Y otros, se consideran enfermos pero diferencian la enfermedad, con la enfermedad mental /locura.

Aclarar que no siempre, incluidos los profesionales de enfermería, queda clara la asociación existente entre estos términos. La enfermedad mental no es locura. La locura presenta aspectos más negativos que la enfermedad mental. Tampoco el concepto de enfermo mental es igual al de loco: *un loco es una persona que tiene trastornada su mente en mayor o menor grado. Actúa de una manera incoherente y no se adapta a la sociedad (Irene. Enfermera).*

Pues loco, el que hace locuras, el que no tiene sentido de lo que hace, tienen conductas que están fuera de lo normal, pero no es porque ellos quieran. Porque tienen un problema que hacen que sean así, que hacen que escuchen voces. Por ello, no creo que locura sea sinónimo de enfermedad mental, no, yo más bien creo que una enfermedad es un problema que tienes tú a nivel fisiológico del cuerpo. La locura, hay gente que dice, hay esta loca (...) Sabes, la gente piensa que es como no estar enfermo, el estar loco no es una enfermedad mental (Anaís. Estudiante de enfermería)

Creo que no existen los locos, este concepto es un término inventado por la sociedad, para definir a todas aquellas personas “no gratas” y que no se adaptan a unas normas, conductas dictadas por la sociedad donde viven. Para mí, existen los enfermos mentales que son iguales a otros enfermos que hay que tratar y mucho más complicado y por tanto más difícil de entender, comprender y cuidar (Ione Enfermera)

Podríamos considerar una definición de enfermedad mental: una enfermedad de la mente que hace que las personas se comportan de forma extraña para una sociedad, la cual previamente ha definido unos valores, unos patrones de comportamiento, sus

normas y sus leyes. Todo aquel que se salga de sus directrices, puede ser considerado “loco” o “enfermo”. Las normas de grupo desarrollan actitudes con respecto a la enfermedad mental. Por ello, el “rol” de enfermo mental exige:

Desviarse de las normas de un grupo o comunidad. Para la sociología entraría a formar parte de la “conducta desviada”. El trasgredir las normas que por su papel la persona debe de cumplir en sociedad. El reconocimiento por parte del grupo, de una conducta anormal que reciba el calificativo de enfermedad mental. En este aspecto se sitúan las discusiones entre normalidad y anormalidad. La histeria sólo es enfermedad si el grupo la reconoce como tal y si los especialistas (psiquiatras) la definen, clasifican, diagnostican y tratan en función de criterios de valor. Una crítica a esta concepción de la enfermedad mental fue realizada por Szasz¹⁵⁴ y la denominó mito, “que se protege en envoltura inútil y engañosa de la psiquiatría”. Demuestra que la “idea que la persona tiene de enfermedad mental es nociva desde el punto de vista científico, pues ofrece apoyo científico a una racionalización popular, consistente en creer que los problemas vivenciales experimentados y expresados en función de sentimientos y signos corporales u otros síntomas psiquiátricos son significativamente similares a las enfermedades orgánicas” (Ruíz, 1979: 31)

El rol de enfermo en una unidad de agudos psiquiátrica prácticamente es inexistente. Jano sin pretenderlo nos brinda una buena definición de cumplimiento del tratamiento, que traducido en su lenguaje es ser “buen enfermo”:

Pues yo soy buen enfermo. Eso significa pues ir a los médicos a sus horas, a sus citas, tomar la medicación, no trasnochar lo indebido, todo eso... un cúmulo de cosas que al fin y al cabo él que lo hace o él que no lo hace, acaba aquí (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar)

Otro concepto que va ligado al de enfermedad es el término salud. Ambos términos integran el binomio salud-enfermedad. La mayoría de los informantes definen la salud y/o enfermedad con términos que surgen de su propia experiencia y vivencia de la enfermedad o de la salud. También encontramos los sujetos que definen estos conceptos con términos biomédicos o síntomas; donde la enfermedad es percibida como un mal funcionamiento del cuerpo, o la salud es definida como no tener enfermedad. Otros describen la salud y la enfermedad como algo más que un conjunto de síntomas:

La salud es un concepto de bienestar, de estar bien. Estar bien físicamente de mente, cuerpo y alma; es igual a tener vida. Enfermedad: como te diría yo, es el no

¹⁵⁴ Szasz, T. S. (1961)

vivir. No te deja seguir, avanzar, continuar. Enfermedad son los demonios (Rhodes. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

Estar bien, encontrarte bien, estar en casa haciendo tus cosas y poder hacerlas, no estar cansada. Poder respirar bien, encontrarte contigo mismo bien, no tomar ningún tipo de droga y la salud: estar bien en todos los aspectos. Estar sano, no fumar, hacer deporte, comida adecuada, jeso es estar sano! Enfermedad: Significa el no ser capaz de seguir con tu vida (Anémona. 26 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

La salud es percibida como “don o riqueza” muy apreciada por los sujetos, pues, es considerada como:

La salud es todo el mejor regalo que puedes tener. Lo máximo que se puede tener, teniendo salud puedes tener amor y dinero, sino tienes salud no tienes ni amor ni dinero. La enfermedad es sufrimiento, que no tienes fuerzas, te sientes débil, que no tienes de nada (Rita. 67 años. Diagnóstico médico: Paranoia más Abuso de alcohol)

Como se desprende de estos relatos, los sujetos perciben la salud y la enfermedad con combinaciones de diferentes conceptos y factores todos ligados entre sí; la salud para ellos no es solamente no el encontrarse enfermo o tener una enfermedad, sino son conceptos donde engloban necesidades, actividades de la vida diaria, factores psicológicos y sociales....

13.1.7.- VIVIENDO EN EL INFIERNO: ¡con la enfermedad en la mochila!

Este apartado versará sobre los aspectos más negativos de la enfermedad: los cambios, las consecuencias y las limitaciones que provoca en su vida el desarrollo de una enfermedad mental. Parto del concepto de *normalidad*:

¿Qué es normalidad? Vivir medianamente. Lo que le pasa a un esquizofrénico para a mí eso no es vivir, el no disfrutar de la vida no es vivir... Hay psiquiatras que dicen que los esquizofrénicos sí pueden hacer vida normal, ¡muy optimista, coño! Vida normal ¿a qué llamas tu vida normal? A no tener ganas de vivir y estar apático y chafado todo el día, a eso le llamas vida normal... eso es normalidad para ti, pues hijo para mí no es muy normal eso, pero bueno (Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Una vida normal conlleva un trabajo, un sueldo decente, y con esta enfermedad es conformarte con lo que dan y no podemos aspirar a nada. A nada. A comer y dormir y a hacer la faena y de chacha (Artemisa.43 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar).

Con sueños: *porque yo tenía unas metas como cualquier persona normal, con mis veinte o veinticinco años: tener trabajo estable, tener piso, tener novia, luego tener mujer e hijos, coche, en fin... lo que cualquier persona normal* (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar).

Y cuando aparece la enfermedad piensan que desaparecerá que sólo serán unos días: *pensaba que se me iba a pasar de un día a otro y ver que no era así ¡Una tortura!* (Artemisa. 43 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar).

Después se dan cuenta de qué su vida ha cambiado: *la enfermedad, me ha cambiado mi vida. Sí, sí, además que no soy el mismo. La química del cerebro cambia y te cambia por completo* (Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia. Tres ingresos)

Y más tarde, empiezan a notar los cambios y las limitaciones, algunas de ellas provocadas por los efectos secundarios del propio tratamiento psicofarmacológico. Dichos cambios repercuten en muchos aspectos de la persona, sobretodo en el área cognitiva: pérdida de atención, concentración, memoria, comprensión y la capacidad intelectual. Y sienten:

Rabia, impotencia, pues quiero hacer un trabajo y es como mi cabeza no me deja hacer ese trabajo. No sé si me explico... No me concentro leo y es como no leo, a lo mejor estoy hablando por teléfono y no sé lo que me dice el cliente y lo que me dice la cabeza, pues oigo el murmullo... es complicado y claro en otros trabajos yo no se me qué hacer (Elma. 29 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Antes era una chica normal. Pero desde la enfermedad, que no me deja hacer todo lo que yo quiero, no me deja estudiar. Pues, estoy estudiando y de repente, empiezo a pensar una cosa y me pongo a divagar y leo otro párrafo y vuelvo a divagar... me cuesta concentrarme. Estoy leyendo y no tengo memoria. Porque la medicación era muy fuerte y me quedaba tumbada en casa casi todo el día. Y no quiero que se vuelva a repetir nunca eso, pasar toda una temporada de mi vida en la cama durmiendo (Anémona. 26 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Todo ello, poco a poco afecta su vida, se deterioran las relaciones laborales, familiares y sociales llegando a una sufrir una pérdida de capital social:

Lo que más me deprime, no poder hacer mi vida de antes. Mi trabajo, mis amigos, que también me han dado de lado. Salir más y tener más gente con quien salir. Porque muchas veces me quedo en casa y no tengo con quien salir (Atenea. 32 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Teniendo que abandonar en muchos casos su vida y su mundo, al ser necesario un ingreso hospitalario:

Porque estoy aquí, luego allí ahora estoy aquí, estoy un poco colgado, entre el psiquiátrico y el colegio (...) en el tema de amigos me esfuerzo, por quedar con ellos, porque sé que los esquizofrénicos tienen tendencia a quedarse sin amigos..., a quedarse sin vínculos sociales, y a quedarse sin aficiones (Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Lo peor viene después, al no resolverse su problema hacen acto de presencia: la tristeza, la desesperanza, la soledad, la pérdida de ilusiones, los sentimientos de inutilidad: *la vida me ha matado la alegría, la felicidad, las ganas de vivir, las ganas de hacer una vida normal, de encontrar una pareja, todo ha sido un desastre* (Sophia. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

Pero lo peor es lo que viene luego cuando tú estás estable, pero continuas con los efectos negativos de la esquizofrenia que le llaman, o sea la apatía y todo eso. Eso es lo peor de la enfermedad. La apatía, yo preferiría ver visiones o escuchar voces, pues entonces sabes que hay algo que no está bien, hay algo que no es real y bueno pues tú te mentalizas de que esto no es real. Hubo un matemático o un tío de éstos que tenía una mente maravillosa, que se tuvo que aceptar las alucinaciones que tenía, tuvo que convivir con ellas. Yo prefiero convivir con alucinaciones que tener apatía. Yo preferiría que hubiese una pastilla que me curase la apatía y encontrarme con ganas de hacer cosas (Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Se sienten impotentes y se sumergen en una realidad de desesperanza, olvidando sus deseos, aspiraciones e incluso sus objetivos. Y cambian sus metas adaptándolas al momento actual en el que se encuentran:

Yo no tengo metas, mi meta es no ingresar. Yo no quiero trabajar, ni por asomo, porque yo no puedo hacer una faena, ni trabajar con una máquina, ni de nada, bajo los efectos de una medicación, no puedes controlar tu trabajo, tu vida laboral, entre comillas los hay protegidos pero te bloquean la paga o te pagan menos que con la paga y... quizás también es comodidad, vale. Entonces no sabes que hacer todo el día en casa, y sé que existen mucho hobbies, pero son hobbies, no es vida laboral. Yo, intenté tener vida laboral y me fue fatal, ya te digo: agotamiento, stress, tensión e ingreso. Y me ponía malísimo. Yo te trabajaré. Pero a los cinco minutos, hace como sierra una madera, tendré que parar (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar)

Como podemos apreciar, la enfermedad mental afecta en gran medida a la capacidad funcional de las personas que la sufren, a su capacidad de realizar actividades de la vida diaria, a su vida laboral y económica, a sus relaciones familiares y sociales

produciendo un impacto negativo en su calidad de vida. La mayoría no conciben¹⁵⁵ *el poder llevar una vida normal*, unos estudios, un trabajo, una familia, unos hijos... Y se sumergen en un mundo de sufrimiento, desesperanza, aislamiento, tristeza y soledad... un mundo donde en muchas ocasiones solo pueden estar ellos, ni siquiera hacen participes a su familia o amigos. Siendo esta su “triste realidad”.

Hace unos años pude llevar a cabo una investigación sobre la aplicación del análisis de redes sociales a los diagnósticos de enfermería dentro del ámbito de la salud mental (Véase Márquez, Molina, Ugalde, 2007:1-23). Su objetivo fue mostrar una aplicación práctica en el ámbito de la investigación en diagnósticos de enfermería sobre salud mental desde una perspectiva de redes sociales. Según los resultados obtenidos en esta aplicación práctica de diagnósticos de enfermería, en una persona con Trastorno Mental, el dominio o área más afectada, es el área psicosocial, que afecta a nivel psíquico y psicológico, así como a las relaciones sociales, lo que acarrea a la persona que lo sufre, problemas de afrontamiento en situaciones cotidianas, de cambios de rol y/o de deterioro de las relaciones con los demás. Resultados que coinciden con el estudio de Kandhusi (1982). Todas estas afectaciones en las actividades diarias se ven agravadas enormemente con el consumo de fármacos, sobre todo los antipsicóticos. Los efectos secundarios de los psicofármacos, les dificulta aún más su capacidad para: asearse, comer, deambular, dormir, concentrarse, etc. El ámbito familiar es donde el impacto de la enfermedad mental es más relevante, pues los familiares son los que la sufren en primera persona.

Las personas con trastorno mental severo se caracterizan por una serie de discapacidades y minusvalías que se ponen de relieve en un funcionamiento psicosocial deficiente y, en la falta de cobertura social como compensación de sus dificultades. Este aspecto se pone de manifiesto en un número inadecuado de recursos sociales, lo que conlleva, un problema de inadecuada utilización de los recursos sanitarios de hospitalización, con un incremento del fenómeno de la puerta giratoria o dificultad de desinstitucionalización. A tal efecto observamos que la media de estancia en las unidades de agudos y subagudos es mayor al tiempo de estancia estipulado:

¹⁵⁵ La gran mayoría, no todos.

Eros tiene ya de ingresos... no sé si tiene ya 18 o 20, que son muchos ingresos (Acantha. Hermana de Eros. 31 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica atípica).

Decir, que actualmente vivimos cambios en nuestra sociedad que nos han llevado a modificar nuestras creencias y valores y en consecuencia también nuestras formas de considerar la enfermedad y de enfrentamiento a los avatares normales de la vida. La enfermedad y por tanto la salud, un bien muypreciado por todos, tanto en su concepto como en su vivencia, tampoco han escapado a estos cambios, siendo en parte un bien de consumismo más, sometida a criterios sociales y a modas, a fuerzas políticas y económicas e incluso a las leyes de mercado, que llegan a dirigir algunas actuaciones del sistema sanitario. Pues, la enfermedad conlleva un sinfín de factores asociados.

Estos factores interactúan entre sí e influyen directamente en la visión que mis informantes tienen de ella; éstos, no conciben la enfermedad solamente como una patología o disease, sino que para ellos, también existe un padecimiento, sufrimiento o malestar; o sea, una *illness*, ambas son construidas a través de lo que Good (2003) propone como *Semantic illness network* o redes semánticas de enfermedad, entendidas como que la enfermedad no es sólo un conjunto de signos, síntomas y disfunciones biológicas, sino más bien como un conjunto de experiencias, palabras, sentimientos asociados entre sí, a partir de una red de significación y de interacción social y que son entendidas por los miembros de una misma sociedad Martínez (2008).

En resumen, la enfermedad mental cuando aparece cambia, limita e incapacita a todos aquellos que la sufren, incluyendo su entorno familiar y social más inmediato, privándoles de poder tener una vida "normal". Aunque algunos de mis informantes comentan poder hacer una vida normalizada, si cumplen correctamente el tratamiento psicofarmacológico, éste mismo por los efectos secundarios que tiene, les incapacita a poder disfrutar de una vida *plena*. La enfermedad, en muchos casos, les impide acabar sus estudios, tener una pareja con la cuál formar una familia, un trabajo, unos amigos, etc. Lo que les lleva a un aislamiento familiar, social, y a la aparición de sentimientos de frustración, impotencia, tristeza, soledad y desesperación, que en algunos casos pueden acabar con intentos de agresividad autodirigida o heterodirigida, o también en

intentos de suicidio, frustrados o consumados. Todos ellos agravan el estigma social que persigue a la enfermedad mental.

13.1.8.- ENTRE EL MORBO Y EL ESTIGMA: los muros invisibles

Podríamos considerar la representación del estigma y el rol de estigmatizado, como un producto social que se ha ido construyendo a lo largo de la historia. Cada sociedad o grupo ha presentado problemas exclusivos que a lo largo del tiempo se han convertido en estigmas individualizados -o propios de esas sociedades o grupos-, bien por un corto periodo de tiempo o que por el contrario han perdurado en el tiempo. Según Goffman (2006):

La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de sus atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de sus categorías. El medio social establece la categoría de personas que en él pueden encontrar. El intercambio social rutinario en medios preestablecidos nos permite tratar con “otros” previstos sin necesidad de dedicarles atención o reflexión especial (Goffman, 2006: 11-12)

El término estigma hace referencia:

A un atributo profundamente desacreditador (...) un atributo que estigmatizada a un tipo de poseedor puede confirmar la normalidad de otro (Goffman, 2006: 13)

Así pues:

El estigma se idéntica como una marca, señal o signo, manifiesta o no, que hace que el portador de la misma sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa (Marichal, Quilez, 2000: 458)

Ogden y Nyblade (2005) dividen el estigma en cuatro grupos:

● Estigma social

- Aislado de la comunidad
- Voyeurismo: cualquier interés puede ser curiosidad morbosa o burla más que interés genuino.
- Pérdida del rol/identidad social: “muerte social”, pérdida de status y de respeto

● Estigma físico

- Aislamiento, abandono, evasión
- Espacio vital separado, separación de utensilios de comer
- Violencia

● Estigma verbal

- Rumor, burlas, reprimendas
- Etiquetando: “ loco, psicópata, criminal”

- Estigma institucionalizado
 - Despedido de trabajo, escuelas
 - Negación de servicios de salud
 - Acoso policíaco (ej. trabajadores sexuales, activistas VIH positivos in China)

Según las conclusiones de un estudio sobre el estigma asociado a la enfermedad mental, realizado por la Asociación *El Puente*, en conjunción con la obra social Caja Madrid¹⁵⁶.

- La mayor parte de la gente considera que los enfermos mentales son peligrosos.
- En el ámbito laboral, sólo un 5% de las personas con enfermedad mental consiguen un empleo estable.
- Sólo el 14 % de los enfermos mentales crónicos tiene pareja estable y el 18 % afirma no tener ningún amigo.
- El 56 % de la población confunde “enfermedad mental” con “retraso mental”.

Me gustaría señalar que las actitudes sociales hacia las personas con esquizofrenia no son exactamente las mismas que las relacionadas con otros síndromes o trastornos, como la ansiedad o la depresión, los cuáles hasta hace poco tiempo, no eran considerados como enfermedades mentales, sino como estados, y ofrecían una mejor imagen social. Aunque hay una base común de discriminación y rechazo hacia todas las enfermedades mentales en general, sí que es cierto que los trastornos más cercanos a la imagen tradicional de la "locura" son sobre todo la esquizofrenia, las psicopatías y las psicosis, pues son entendidas por la sociedad, como enfermedades peligrosas vinculándose con el encierro, las rejas y la imagen tradicional del psiquiátrico: *la gente con esquizofrenia son personas muy inteligentes, muy creativas y tiene muchas dotes, pero bueno... está la violencia* (Atenea. 32 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). *La sociedad lo tiene un poco separado, y si lo llevas pegado en la frente diciendo que soy esquizofrénico, sí que te separa un poco, no te dejan trabajar en algunas cosas* (Otis. 38 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia).

¹⁵⁶ Leer más en Suite101: [Estigma y enfermedad mental: El papel de los medios de comunicación | Suite101.net](http://suite101.net/article/estigma-y-enfermedad-mental-a12834#ixzz29foUbK00) <http://suite101.net/article/estigma-y-enfermedad-mental-a12834#ixzz29foUbK00>

Existe un gran rechazo hacia la enfermedad mental, incrementado por la imagen que se nos ofrece a través de difusión de noticias, por la prensa, la radio, el cine, la televisión, lo que puede provocar un fenómeno social de rechazo y estigmatización, sobre todo ante la esquizofrenia; siendo la que mayor discriminación y rechazo social provoca en la sociedad, pues va unida a la atribución de peligrosidad y violencia. Incluso en el entorno del enfermo puede existir un cierto estigma:

Yo no tengo problemas con mis amigos, a las únicas que no se lo he dicho ha sido a las chicas que he conocido ahora. Tengo miedo a que piensen de mi, seguro que se piensan que escucho voces todos los días o que soy una persona violenta, aunque solamente el 1% de los esquizofrénicos son violentos, pero creo que tiene muy mala fama, siempre está sujeta a medicación, a voces, ver cosas (Ajax. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

La actitud de rechazo hacia los pacientes psiquiátricos se aprecia también en los respectivos grupos familiares, que a veces estos se desentienden de su suerte y los abandonan, viviendo a menudo una “percepción de vergüenza”:

Si está muy mal, porque mi suegra por ejemplo le decía a mi ex marido: ¡deja la loca esa!, ¡si tú no estás loco que es ella! (Megan. 34 años. Diagnóstico médico: Trastorno de personalidad)

Lo que a él le duele, me duele a mí. El que dirá cuanto sepa y se dé cuenta que su tío es esquizofrénico. El que dirán de su tío, el que dirán del sobrino del tío. Ahora me pongo en todo lo que trasvasa la rivalidad. No tengo miedo a lo que piense... No. Miedo al no saber cómo se lo explicarán sus padres. Mi hermano y mi cuñada. El día que tenga uso de conciencia se lo voy a explicar yo mismo primero, les preguntare a sus padres si puedo explicárselo así y así. Me gustaría explicárselo a él, al igual que a mi sobrina, con dos años que tiene ahora. Pero igual no me dejan. El niño ya se da cuenta, tiene siete años y me dice: “tito cada vez que vienes a casa te pones a dormir” y el tito va cargado de quince pastillas psiquiátricas... Y ahora pregunta otra cosa por favor (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar)

El estigma crea un ciclo de discriminación y exclusión social para aquellos que sufren un problema de salud mental incluidos sus allegados. Es de destacar que los familiares llegan a tener reacciones negativas y comportamientos evitativos respecto a otras personas con enfermedad mental que no son su familiar o, incluso hacia su propio familiar enfermo; con la consecuencia que las familias pueden convertirse en víctimas del estigma, lo que les lleva a no adoptar medidas necesarias para hacer frente a la enfermedad, perder su autoestima, temor a la vergüenza pública, y miedo a las

reacciones de su comunidad. Estas familias pueden ser víctimas del estigma denominado *estigma por asociación*, Mehta y Farina, (1988).

Existe la creencia de que el estigma no sólo afecta a la persona con enfermedad mental, si no a todas las personas que se encuentran estrechamente relacionados con ella; a la familia y también a los profesionales de salud mental. El estigma y el temor a lo que pueda suceder, puede provocar graves problemas en las relaciones familiares y reducir o, en ciertos casos anular, toda interacción social para mantener el problema de salud mental en secreto. En ocasiones las familias, no explican ciertas informaciones o no realizan reclamaciones, por miedo a represalias por parte de los profesionales hacia su familiar enfermo. También aparecen reacciones de miedo, ira, falta de comprensión, piedad, comprensión y sobreprotección. Este tipo de reacciones se da con mayor frecuencia en el caso de los familiares, lo que puede producir un paternalismo excesivo y una sobreprotección. Los familiares ocultan total o parcialmente la enfermedad mental y pueden mostrarse suspicaces y desconfiados cuando los demás les preguntan, ya que, no se atreven a hablar de ello, contribuyendo ellos mismos a perpetuar el estigma:

Es muy triste hija. Aunque quieras quitártelo de la cabeza es una cosa que no te la puedes quitar. En cuanto a la vivencia de la enfermedad, a mis amistades más allegadas o íntimas se lo hemos explicado, pero a los demás no, pues no me lo van a solucionar. Se lo digo sólo a la familia y a sus amigos, por si salen (Madre de Hera. 33 años. Diagnóstico médico: Psicosis inespecífica)

El estigma es la mayor barrera para la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y sus familiares, a veces es peor que la enfermedad misma, así como, un impedimento para la reforma, transformación y desarrollo de los servicios de salud mental:

Es un sufrimiento que en algunos casos es superior al de la enfermedad física. Las personas que han sufrido de esto o no tienen ningún familiar con enfermedad mental desprecian a las personas “locas” porque no lo han vivido, por ello no pueden opinar, porque no tienen experiencias previas. Opinar por opinar gratuitamente esto está mal (Rhodes. 34 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

La enfermedad mental es una enfermedad como otra. Sin embargo la sociedad nos tiene como un estigma y es lo que yo pienso. De cara a que yo me cure y salga de esto, de cara a trabajar es un agravante. Porque la sociedad nos considera un peligro, una persona que no es estable (Vara. 51 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo mayor)

La enfermedad mental es la más estigmatizante (Véase Lai (2001), Lee et al (2005)), por lo que se le ha denominado “el estigma extremo” Falk (2001). Finalmente, el rechazo y la evitación de la gente con enfermedad mental son un fenómeno universal según Sartorius (2005).

13.1.8.1.- Ignorancia, prejuicio y discriminación: ¡Lo que se desconoce no se entiende!

Anteriormente me he referido al estigma como una marca o atributo que vincula a la persona con características indeseables y se manifiesta en tres aspectos del comportamiento. Para tener una visión más exacta del estigma, lo consideraremos como resultado de tres problemas relacionados: ignorancia o desconocimiento, prejuicio y discriminación. Los resultados obtenidos serán clasificados en base a estos tres puntos.

Los estereotipos son estructuras de conocimientos aprendidas socialmente que representan el acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas. Hay datos suficientes para afirmar que la mayor parte de la población tiene un escaso conocimiento sobre la enfermedad mental y que mucha de la información de que se dispone es además incorrecta, negativa y estereotipada. En este caso en concreto, los estereotipos más frecuentes en la sociedad se refieren a la peligrosidad y relación con los actos violentos; la responsabilidad ya sea sobre el sufrimiento o padecimiento de la enfermedad o por no haber sido capaz de ponerle remedio mediante tratamiento; la dificultad, incompetencia e incapacidad para tareas básicas de la vida; la impredecibilidad de su carácter, sus reacciones y la falta de control. Muchos informantes consideran que el estigma está relacionado con el gran desconocimiento que existe hacia todo lo que rodea a la enfermedad mental:

Creo que hay un estigma contra los psiquiátricos y contra la enfermedad mental, están estigmatizados y es un tema tabú el hecho de decir que eres un enfermo mental e incluso ir al psicólogo (Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

Sí, yo creo que sí. Aun existe un estigma, porque la gente nos ve como locos, chalados o algo así. La locura es un tema de risa de cachondeo; pues si tienes una enfermedad mental vas a un centro psiquiátrico y no pasa nada. Antes no lo entendía, pues lo que se desconoce, no se entiende (...) Cuando te rompes un hueso se mira la radiografía y se ve si esta soldado o no. El tema de la psiquiatría

es más delicado, la mente es uno de los órganos más complejos y comprender eso tiene mucho mérito (...) Es porque no hay información suficiente en la sociedad, tú ves a alguien así y dices "este está medio ido". Y además pienso que la sociedad está mal informada, hay poca información y no nos entiende ¡la sociedad es así! Creo que tiene esa imagen, porque la tele ha explotado mucho la enfermedad y los manicomios (Atenea. 32 años. Diagnóstico médico Esquizofrenia)

Existe un gran rechazo hacia la enfermedad mental y hacia la institución que la alberga. Así como poca comprensión por parte de la sociedad, lo que puede conllevar a una escasa integración en ella, opinión compartida por algunos de los profesionales. Ajax refiere que desde el psiquiátrico le recomendaron que no dijera que era esquizofrénico. Estos prejuicios, desconocimiento e incompreensión pueden generar rechazo por otras personas, llegando incluso a romper relaciones por el mero hecho de "explicar que se es un enfermo mental". Este déficit de conocimiento en general suele ser por falta de información sobre la enfermedad mental, por lo que, considero que sería necesario que tanto los profesionales, afectados, sus familias, las instituciones y los medios de comunicación unan fuerzas para formar e informar adecuadamente a la población y así contribuir a disminuir el estigma.

13.1.8.1.1.- El problema de las actitudes: prejuicio

Según Pinfold (2003) el prejuicio,¹⁵⁷ el miedo, la ansiedad y la evitación son sentimientos comunes tanto en quienes sufren de enfermedad mental, como en los que no la padecen. Los primeros anticipan que serán objeto de discriminación y rechazo, pueden dar lugar cuando se activan a los prejuicios o actitudes que reflejan la disposición de las personas para actuar de una forma negativa o positiva hacia el objeto del perjuicio. Sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento y que conlleva reacciones de miedo, temor, desconfianza, etc. Por ello, los afectados, podrían someterse a lo que se podría denominar estigma internalizado o "auto-estigma". Este auto-estigma es vivido por algunos en situaciones cotidianas: *socialmente esta estigmatizado. Las enfermedades que no tienen llagas son muy difíciles de entender* (Adara. Estudiante especialista salud mental).

¹⁵⁷Entendido como juicio u opinión, generalmente negativo, que se forma inmotivadamente de antemano y sin el conocimiento necesario.

Achlys es la asistente social y el otro día la vi al salir del gimnasio y ella fue a darme dos besos en la mejilla y yo no sé los di... porque la situación era rara. He pensado que le tendría que haber devuelto los dos besos, que me equivoqué. Sí, es lo que haría normalmente (Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide)

Creo que sí que existen prejuicios con las personas ingresadas en un psiquiátrico porque la gente es muy cruel, la sociedad es “muy puta e inhumana” sólo quieren unos patrones y si no los sigues ya eres un bicho raro. Los patrones todos tienden al perfeccionismo (Raissa. 29 años. Diagnóstico médico Trastorno psicótico)

Los prejuicios existen y la sociedad rechaza a los locos por no seguir los patrones marcados por ella, por ello, los enfermos mentales prefieren ocultar que lo son a los *ojos de la sociedad*. También los profesionales comparten la misma opinión que los enfermos, sobre los prejuicios y el estigma y se confirma el miedo que existe al loco y al manicomio.

13.1.8.1.2.- El problema del comportamiento: discriminación

Una consecuencia particularmente negativa de estos prejuicios es la discriminación hacia las personas que sufren una enfermedad mental. Para quienes padecen una enfermedad mental, los prejuicios y la discriminación implican el tener que hacer frente a múltiples dificultades: como el acceso a un trabajo o vivienda, la limitación en sus relaciones sociales y de pareja, las dificultades de acceso a los sistemas de salud y judicial, etc. Los estudios científicos y el mensaje de afectados y asociaciones de ayuda a enfermos mentales dejan claro que la discriminación arruina la vida de muchas personas con enfermedad mental, dificultando el matrimonio, el trabajo, la crianza de los hijos y en general, el desarrollo la vida social. Y la sociedad ¿los rechaza?: *lo hablaba esta mañana con la Dra. Voleta. Se me han quitado bastante las manías... lo del tabú. Cuando dices clínica mental o Sant Boi es como un estigma* (Vara. 51 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo mayor).

La sociedad mira a las personas que están aquí mal, se burlan de ellos. Porque estuve en una excursión de enfermos mentales y la gente cuando pasaban por delante del autobús, silbaban y les gritaban... y por ello, creo que hay un estigma, sí (Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Sí, yo creo que se lavan las manos este es el resultado que yo saqué de la reunión (...) En este tipo de enfermos hay un estigma, la sociedad los mira mal, por eso te digo que la sociedad mejor es pasar de ella (Paris. 61 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo Mayor)

Sin embargo, dentro del psiquiátrico la enfermedad mental *está normalizada*. A través del análisis de resultados he observado la existencia de cierto estigma relacionado con el consumo de psicofármacos. Según me explicaba Amón-Ra, en los últimos años venimos asistiendo, quizás de una manera un tanto pasiva por parte de los psiquiatras, a una especie de “demonización” de los psicofármacos, respecto a los cuales se están publicando cada vez más artículos sobre los “posibles” -que no siempre “probables”- efectos secundarios de los mismos. Este hecho provoca, una cierta alarma entre los profesionales sanitarios y la población general, si las noticias al respecto se publican en la prensa no especializada. Pero esta no es la cuestión obviamente, pues, todos los fármacos sean psicofármacos o no producen efectos secundarios. Los problemas más graves a la hora de tomar un psicofármaco son:

- El miedo de la persona a los efectos adictivos, son eficaces, pero crean dependencia.
- El miedo a los efectos secundarios, sobre todo a sentirse *anulado, atontado o como un zombie*, de alguna manera *sentir que uno ya no es uno mismo*.
- La disminución del deseo sexual (manifestado por alguno de mis informantes). Es quizás uno de los efectos peores, dependiendo sobre todo de la edad.

Así pues, los psicofármacos son simplemente otro tipo de medicamentos que pueden ayudarnos a encontrarnos mejor, a reducir nuestros síntomas y a conseguir un mejor bienestar. No hay que verlos como *un peligro ni como una panacea*. Simplemente son fármacos para aliviar síntomas, pero según las narrativas existe un rechazo a tomarlos: *evidentemente tomar medicación psiquiátrica es algo negativo ¡Es un estigma!* (Marmara. 46 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia esquizoafectiva). *No siento vergüenza por tomar medicación. Sin embargo, las personas de fuera que están bien te miran de otra manera y piensan este está mal* (Raissa. 29 años. Diagnóstico médico Trastorno psicótico). *Sí existe un rechazo por una gran parte de la sociedad* (Pandora. Enfermera). *Depende del tipo de medicación. El uso de benzodiazepinas está cada vez más generalizado. Algunos antipsicóticos, sobre todo los inyectables pueden tener algún tipo de estigma todavía* (Electra. MIR de psiquiatra).

Sí, aunque no se entiende muy bien el por qué. Parece que la medicación psiquiátrica da miedo porque se asocia a loco, a enfermedad mental y a la agresividad. No se piensa que muchísima gente está tomando medicación

psiquiátrica recetada por su médico de cabecera para poder dormir, levantar el estado de ánimo, disminuir la ansiedad que genera el stress y que no por ello se están considerando enfermos mentales (Pandora. Enfermera)

¿Por qué? pues no lo sé, porque hoy en día, la señora o el ejecutivo que están tomando trankimazin o lexatin (benzodicepina para la ansiedad), lo tenemos como una cosa tan normal (...) pero cuando hablamos de gente que ha tenido brotes, ataques o que en el cole pasó algo, es otro cantar (Adara estudiante especialista salud mental)

Este rechazo en general, no va dirigido a todos los psicofármacos, pues los fármacos antidepresivos y ansiolíticos no son mal vistos por la sociedad. Esto puede ser debido a la relación que se establece, *inconscientemente y en ocasiones* entre fármaco, síntoma y etiqueta diagnóstica. Por este motivo, se asocia el consumo de neurolépticos y antipsicóticos a la agresividad, la violencia y a la psicopatía. Ya que, síntomas como las alucinaciones, delirios y paranoias son los *que más miedo representan para la sociedad*.

13.1.8.1.3.- Medios de comunicación: ¿inocentes o culpables?

Según Carlos Enrech, secretario de la Asociación de Bipolares de Cataluña:

Uno de los problemas más graves con los que se topa el afectado es el estigma social. Yo perdí mi trabajo y a buena parte de mis amigos, y otros muchos tienen problemas con las familias si estas son incapaces de asumir la enfermedad (...) todavía se trata a las personas con trastornos mentales como ciudadanos de segunda (...) Aunque la gente sigue teniendo miedo a las enfermedades mentales, las cosas van mejorando poco a poco; probablemente hace 50 años estaríamos internados de por vida en un psiquiátrico docenas de 500 hubiéramos perecido en la hoguera (Fernández-Rúa, 2001)

En conjunto hay un intrincado proceso, donde los estos factores citados anteriormente, se entrelazan de forma compleja:

Y todo ello unido a problemas reales aunque exagerados por los estereotipos, el efecto del diagnóstico y del uso de servicios de salud mental que los identifica como diferentes (...) las imágenes de los medios que distorsionan y magnifican algunos de estos problemas (...) los servicios tradicionales de psiquiatría basados en lógicas de exclusión y defensa social y separados del resto de los servicios (...) hacen igualmente compleja la tarea de enfrentarse a ellos para intentar disminuir la estigmatización y sus negativas consecuencias, (López et al, 2009: 191)

Según este texto desde los servicios de psiquiatría tampoco se disminuye la estigmatización de la enfermedad mental. Pues son servicios herméticos, totalmente cerrados y la unidad de H4 es un claro ejemplo de ello; Ni siquiera, los familiares

podían entrar a la unidad a visitar a su ser querido, hasta Junio de 2014¹⁵⁸. Este ambiente de secretismo, ocultismo, el no enseñar, el no poder ver incrementaba el *aura de lo que hay que ocultar*.

Este rechazo, ¿tiene algo que ver algo que con los medios de comunicación?

Sí y tanto. Parte de culpa lo tiene el gobierno y los medios de comunicación ¡Porque están haciendo como un acosamiento a la salud mental increíble! ¡Enfermo mental mata!, ¡esquizofrénico mental mata! Me entiendes, y no solo eso, sino en general para las administraciones, somos el culo del mundo y eso lo digo bien fuerte – se acerca a la grabadora y repite- somos el culo del mundo para las administraciones (Jano. 41 años. Diagnóstico médico: Trastorno bipolar)

¡La sociedad es así! Creo que tiene esa imagen, porque la tele ha explotado mucho la enfermedad y los manicomios; como siempre se escucha por la tele un esquizofrénico ha matado a no sé quién o, solo hablan... pero nunca han hablado de lo que es y la gente está mal informada, hay poca información (Atenea. 32 años. Diagnóstico médico Esquizofrenia)

Sí, sí que es un estigma porque no hace falta más que encender la televisión y ver los comentarios de algunas personas, para darse cuenta de eso. Y sobre todo, la forma en que la enfermedad está tratada en las películas también o las noticias ¿Por qué? porque les tienen miedo por las películas, la televisión y por los medios de comunicación, porque en ellos aparecen los enfermos mentales como asesinos y como gente no deseable. Pero a mí me da igual porque yo sé que no soy una asesina, ni un bicho raro, ni nada. Y nos tratan mal por como lo narran. A veces si pudiera les diría: que sí tuvieran un familiar o un hermano o un amigo que tuviera la enfermedad, no pensarían lo mismo (...) No sé, es que estoy cansada. Porque la gente no quiere a los enfermos mentales, les tienen miedo, es algo como desconocido, es como un tabú. Y la gente piensa qué es así (Anémona. 26 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

Los medios de comunicación se basan en lo que creen que es correcto, lo que han dicho médicos, psicólogos y lo que han dicho personas celebres. Lo que rige el corazón es por ejemplo que tú haces una cosa que no está bien y yo hago otra cosa que está bien -pero soy enfermo mental-, pues depende quien dé la información cambia la versión... y esto agrade a la gente, pues está bien hecho y esto es un patrón que los medios de comunicación, como ese locutor que luego lo trasmite como si fuera una cosa mala (Raissa. 29 años. Diagnóstico médico Trastorno psicótico)

¹⁵⁸ Aunque las familias prefieren quedarse fuera de la unidad. Pues, a nadie le gusta presenciar y, no es grato para nadie, ver a personas con conductas o comportamientos extraños o incluso en algún momento un episodio de agresividad. Puesto, que la unidad de H4 no es exclusiva para dar atención a pacientes con una sola patología, sino que abarca muchos diagnósticos médicos.

Como podemos apreciar, los informantes ponen de manifiesto en sus narrativas el poder y la influencia que llegan a ejercer los medios de comunicación en la sociedad, a la hora de ver, interpretar y percibir la realidad y el mundo que nos rodea. Aunque en los últimos años esta “información” ha mejorado, se sigue transmitiendo de forma sutil y algunas veces explícita, una imagen errónea y negativa de la enfermedad mental, no siendo un buen reflejo de la realidad. Este hecho ayuda a perpetuar estereotipos, prejuicios y falsas creencias, perjudicando de manera directa la imagen y los derechos de las personas con problemas de salud mental y a su entorno:

Siempre nos guiamos por la televisión y por la radio, por ejemplo ayer en un programa de los de la mañana salió que se había escapado una chica de un centro psiquiátrico, que tenía una esquizofrenia y que la habían perdido los del centro. Nos giramos así todos de golpe como diciendo ¿esquizofrenia? Cuando escuchas esa palabra es como que te echa un poco para atrás (Ligia. Estudiante de enfermería)

Los medios de comunicación dan su imagen de la esquizofrenia y del esquizofrénico y por tanto influyen. Claro, yo no he visto a ninguna persona que tenga esquizofrenia y que haya salido por la tele diciendo: “este chico es buenísimo”, sólo se ven los casos más fuertes (Maia. Madre de Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia)

El Dr. Myles y Amón-Ra van más allá en sus testimonios:

Desde mi punto de vista, el estigma social tiene que ver con el rechazo y el miedo de los individuos y grupos sociales a la locura, y era mucho mayor en épocas pasadas, en ausencia de medios de comunicación masivos. La utilización de noticias puntuales que generen alarma social es, desde mi punto de vista, la “justificación que faltaba” para poder reforzar el estigma en aquellas personas predispuestas. Este tipo de casos son anecdóticos y no la regla. Por supuesto el amarillismo en el que se puede incurrir por parte de los medios no ayuda, pero no creo que sea el factor causal. Por otro lado, los medios de comunicación también son vías de “marketing” y control social de grupos de poder, como las grandes empresas farmacéuticas, y veo una peligrosa tendencia a banalizar algunos trastornos mentales, con un claro interés de generalizar el consumo de psicofármacos. Así, el empleo la enfermedad mental como etiqueta que explique todo por sí misma, y que nos sirva de “salvoconducto” para exonerarnos de responsabilidad, acaba siendo utilizada cada vez por más gente, alienada en las exigencias contradictorias y absurdas de una sociedad enferma de egocentrismo y superficialidad. Pienso que existe una peligrosa tendencia a ver en los psicofármacos un potencial producto de consumo masivo, y en ello, todos- incluidos los medios de comunicación-, somos responsables (Dr. Myles. Psiquiatra de agudos)

Las patologías graves, sobre todo la esquizofrenia siguen conllevando estigma y asociándose en muchas ocasiones no solo al término genérico de locura sino a otros términos no adecuados como violencia, agresión, etc. Hay, por otra parte, bastante confusión terminológica, y se solapan términos como psicótico, psicópata,

psicopatía, etc. En general, a nivel de calle la indefinición y variabilidad de los significados es notable. Hay patologías como la depresión que han pasado de la estigmatización casi total (no hablar sobre ello ni que nadie se entere de que estoy diagnosticado de depresión) a ser palabras abiertas, comunicables y que incluso que dan cierto status ("estoy depre", "me estoy tomando Prozac", "creo que voy a necesitar un antidepresivo", etc.). Ahora bien, los medios de comunicación deberían contribuir a desestigmatizar la enfermedad mental, aunque no siempre se hacen las cosas correctamente. No siempre se transmite adecuadamente la temática psiquiátrica, utilizándose a veces terminología obsoleta o incorrecta y prestándose a veces los medios a la divulgación de información poco contrastada o facilitada directamente por los laboratorios farmacéuticos en forma de notas o informes (a priori parece más probable que esto pueda ocurrir p. ej. en periódicos gratuitos) que suelen presentar al nuevo fármaco como un notable avance terapéutico (aunque pocas veces lo sea, sobre todo en el campo de la psicofarmacología). En definitiva, los medios de comunicación deben ser independientes, y antes de publicar sobre estos temas deben verificar el contenido de la información que le llega (examinar contenidos, verificar calidad e independencia/neutralidad de la fuente) y después disponer de redactores científicos bien formados y especializados. La información inadecuada/inexacta transmitida inadecuadamente puede también contribuir a la denominada "creación de nuevas enfermedades" o a la magnificación de las ya existentes. Así, la timidez normal puede ir derivando en patológica, la prevalencia del trastorno bipolar puede ir aumentando... y todo ello es susceptible de ser tratado con fármacos (Amón-Ra. Farmacéutico)

Ambos informantes consideran parte de "los medios de comunicación" a otras instituciones tales como la industria farmacéutica y sus laboratorios. Y confirman que en algunas ocasiones y momentos, el consumo de psicofármacos incluso ha llegado a ser un estándar de cierto estatus *como el tomar prozac*. Sin embargo, como refiere Amón-Ra las patologías psiquiátricas graves sí que conllevan un estigma social, en ocasiones derivado de una inadecuada e incorrecta utilización de conceptos, algunas veces obsoletos y, tampoco ayudan a reducirlo la publicaciones que no se verifican o revisan. Por otro lado, no podemos olvidar que algunos de estos medios tienen en sus manos el poder para contribuir a reducir el estigma que persigue a la enfermedad mental.

Hace más de medio siglo que Nunnally publicó una de las primeras investigaciones sobre la inadecuada representación de la enfermedad mental distribuida por los medios de comunicación (Nunnally, 1957; Nunnally, 1962) y en estas describen la manera que utilizan los medios de comunicación para presentar síntomas, causas, tratamientos, pronóstico o los efectos sociales de estos trastornos y como esta dista mucho de las opiniones de los expertos en la materia. Nunnally señaló, además que

los medios evidenciaban una tendencia a enfatizar los síntomas más bizarros¹⁵⁹ de estas enfermedades. A lo largo de los años, los trabajos publicados en los medios de comunicación han remarcado que la representación de la enfermedad sigue siendo desfavorable e inadecuada y que generalmente se asocia a la violencia, tal y como he mencionado en párrafos anteriores. Según el artículo de Hernán (2010)¹⁶⁰

En este sentido, encontramos una serie de investigaciones que están de acuerdo en la existencia de relación entre estas variables, pero invirtiendo el sentido del vínculo. En ellas, se afirma que las personas con una enfermedad mental son más objeto de violencia que agentes de la misma, remarcando la victimización de las personas que sufren estos trastornos¹⁶¹.

Siguiendo con la misma línea, este autor formula las siguientes preguntas: ¿existe asociación, fuera de los medios, entre enfermedad mental y violencia?

Al revisar la literatura, encontramos que una de las conclusiones más usuales sostiene que la representación de la enfermedad mental en los medios de comunicación es inadecuada y estigmatizante, por asociarla con una tendencia a la violencia y los crímenes. Además, los casos en los cuales las investigaciones arriban a conclusiones más positivas, lo hacen, precisamente, al valorar que los medios analizados no presentan esta asociación. Es decir, las investigaciones presuponen que tal asociación, en realidad, no existe. Sin embargo, este es un supuesto sobre el cual no hay consenso. No todas las publicaciones científicas están de acuerdo respecto a la existencia o no de este vínculo, a su causalidad y a su significación. Esta cuestión, no obstante, es fundamental para valorar la labor de los medios de comunicación (Hernán, 2010: 97)

¿Cómo se justifica, y a través de qué estrategias se realiza, la asociación entre enfermedad mental y violencia en los medios?

En esta revisión de la literatura hemos podido comprobar que existen muchos estudios descriptivos interesados en conocer cómo se representa la enfermedad mental en los medios de comunicación. Además, aunque en términos generales se concluye que esta representación suele ser negativa y estigmatizante, también hemos observado grandes diferencias, que dependen de variables culturales. Lo

¹⁵⁹Entendido como comportamiento excéntrico o anómalo. La palabra bizarro denota cualidades positivas, no obstante comúnmente se utiliza para referirse a algo raro, extravagante, insólito, debido a la confusión con la palabra inglesa "bizarre" la cual significa "extraño" o "extravagante". Esto último es debido a su semejanza en la escritura con la palabra en inglés: "Bizarre"

¹⁶⁰ (Véase Hernán, 2010: 95-107)

¹⁶¹ Algunos ejemplos de estos trabajos son los estudios longitudinales presentados por Virginia Hiday, Jeffrey Swanson, Marvin Swartz, Randy Borum & Ryan Wagner (2001) y por Brent Teasdale (2009)

cual nos advierte de la necesidad de actualizar y contextualizar las conclusiones que se extraen de las investigaciones. En este sentido, al analizar los medios de comunicación, numerosos estudios han puesto de manifiesto que las significaciones atribuidas a la enfermedad mental no son, en absoluto, descriptivas, sino que, por el contrario, están orientadas de manera efectiva y consecuente, respondiendo a los intereses de las voces que construyen (...) Teniendo en cuenta la mayoría de estas observaciones, Anderson (2003) sostuvo que los medios desempeñarían en la actualidad el rol de los mitos. No sólo cumplirían una función de ocio y entretenimiento, también comunicarían valores sociales vía formas simbólicas. Por ello, aunque los medios y/o los programas se presenten opuestos, en ficción o realidad, todos operarían con formas similares, enfocando en el individuo, dramatizando sus historias, apoyándose en marcos explicativos de sentido común y ofreciendo soluciones morales más que políticas (...) En definitiva, estos trabajos previos ponen de manifiesto que la forma, inadecuada y estigmatizante, como la mayoría de los medios de comunicación presentan a la enfermedad mental, no es debida a un error, no se produce por carencias (de formación o actitudes) de los comunicadores sociales. Por el contrario, es una construcción que se escoge hacer, aunque contradiga las observaciones aportadas por las investigaciones, dado que es efectiva y funcional para los criterios comerciales. Y, además, estas significaciones no necesitarían ser forzadas o impuestas a la audiencia, ya que engarzan con las concepciones tradicionales de la locura, arraigadas en el sentido común (Hernán, 2010:103)

Aunque el contenido de estos últimos textos resulta ser muy interesante, no he continuado con su debate, pues considero que va más allá de mi posición y del contenido de mi tesis. En resumen, los medios de comunicación en muchas ocasiones son culpables de que el estigma se asocie a la enfermedad mental, pues establecen relaciones entre patologías mentales, tales como la esquizofrenia, con violencia, agresividad y delitos. Por este motivo la sociedad y en general, “las personas de a pie” sigue asociando este trinomio de conceptos.

13.1.9.- INTEGRACIÓN SOCIAL: ¿realidad o utopía?

Como hemos podido constatar el estigma que persigue a la enfermedad mental y todo lo que la envuelve es hoy en día palpable en nuestra sociedad. Todo ello unido, a la poca sensibilización por parte de las instituciones y de la opinión pública sobre la aceptación e integración del enfermo mental en la sociedad. La escasez de los recursos necesarios para una adecuada atención socio-sanitaria del enfermo mental: centros de día, unidades hospitalarias de media y larga estancia, residencias, alojamientos, centros de rehabilitación psico-social.

Veamos ahora, si los informantes de esta tesis se sienten integrados en la sociedad. Para ello les formulé las siguientes preguntas: ¿consideras que el enfermo mental está integrado en la sociedad? Si tuvieses que valorar tu integración en la sociedad del 1 al 10. ¿Qué puntuación te pondrías? *ha habido épocas que hubiese sido un 8 o un 7. Ahora mismo sería un 6 o un 5, porque no tengo un trabajo y necesitaría un trabajo, necesitaría más cosas* (Sibyl. 33 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia paranoide). *Un 5. Yo no me siento integrada, porque me siento diferente. Y la sociedad no nos comprende* (Sirena. 28 años. Diagnóstico médico: Trastorno límite de personalidad). *Un cinco pelado, no estoy integrado, porque paso de todo, a lo mejor estoy condicionado porque sé que la esquizofrenia da apatía y como lo sé estoy más apático* (Ajax. 30 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). *Hay veces que me siento superdesintegrada y otras veces que me veo muy integrada: un 5* (Atenea. 32 años. Diagnóstico médico: Esquizofrenia). *Ahora mismo del 1 al 5 y sobra, un tres* (Paris. 61 años. Diagnóstico médico: Trastorno depresivo mayor). *Un 7 porque no es demasiado para estar fuera, ni demasiado para estar enganchado a la sociedad, he querido concretar. Yo, no me siento integrado porque no siento que me acepte la sociedad* (Raissa. 29 años. Diagnóstico médico Trastorno psicótico).

Y los profesionales ¿consideran que el enfermo mental está integrado en la sociedad?

Mucho más que en el pasado, pero mucho menos que lo que sería deseable si al enfermo se lo abordara desde un punto de vista más integral (Dr. Myles. Psiquiatra de agudos)

Ni mucho menos, si la persona refiriere antecedentes de trastorno mental, ya no tiene seguro, ni las mismas posibilidades de integración. Lo que resulta realmente curioso es que muchos individuos que tienen altos cargos en empresas y especialmente de países extranjeros vayan a su psiquiatra o a su psicoterapeuta y sea visto como algo completamente normal (Pandora. Enfermera)

En algunas narrativas se desprende un concepto bien definido de integración, basado en una serie de esquemas tipificadores; la integración es considerada como la integración en un todo. Estos esquemas que los informantes tienen de la realidad de la vida cotidiana coinciden con la normalidad que “la sociedad mayoritaria impone”: estudiar o trabajar, tener unos amigos, tener un sueldo, tener pareja o casarse, tener unos hijos, tener un trabajo... es decir, tener una vida laboral, familiar económica y social.

Esta visión de ver y percibir el concepto de integración forma parte de su universo simbólico, concibiéndose este como el eje alrededor del que giran todos los significados que son objetivados socialmente y subjetivamente reales; pues todo el bagaje cultural y la biografía de un individuo se perciben como fenómenos de ese universo. Esto adquiere importancia en las situaciones cruciales o marginales de la vida del individuo, como puede ser la internación en un hospital psiquiátrico. En el interior de su universo simbólico estos dominios son separados de la realidad y se integran dentro de una totalidad significativa que los explica y quizás también los justifica.

Muchos de los informantes no alcanzan estos objetivos, la puntuación que otorgan a su integración en la sociedad es baja y no se sienten integrados, ni comprendidos y esta percepción es compartida por los profesionales. A pesar de estas sensaciones evidencian motivación y ganas de sentirse parte de la sociedad: quieren estudiar, trabajar, tener amigos, tener una pareja y formar una familia, pero... son conscientes de sus limitaciones y dificultades y perciben los *altibajos que pueden tener y vivir con la enfermedad*, saben y son capaces de discernir cuando están “bien” y cuando no y *tocan con los pies en la tierra*. En algunos casos su visión ha sido percibida según “un antes y un ahora”.

En general la puntuación del antes (de sufrir la enfermedad) es más alta que la del “ahora”. Aquí vuelve aparecer el gran sufrimiento que la enfermedad mental provoca a las personas que la padecen y como poco a poco va “mermando su calidad de vida” y su integración en la sociedad. Para concluir, decir, que el estigma se refleja claramente en un cambio de identidad en el paciente. La identidad nueva de la persona, refleja una pérdida de control de su vida, una pérdida de autonomía y una detención de los proyectos vitales. Paralelamente se da un proceso de cambio en la identidad, que es producto de la experiencia propia y del impacto de las interacciones sociales, donde propiamente se ve el estigma. Puesto que la experiencia de la hospitalización modifica y altera el proyecto de vida, genera cambios en su percepción, un deterioro de la calidad de la interacción social y una disminución del capital social. Todo ello puede provocar conductas de evitación o de aislamiento, que reducen el poder de capacidad e iniciativa para generar interacciones y comportamientos de reciprocidad y poder sentirse parte de la sociedad de la cual se forma parte.

EL TESTIMONIO DE ALICIA

Alicia miró la tribuna del jurado, y vio que, con la prisa, había puesto al lagarto boca abajo, y que el pobre bicho movía la cola de una forma lastimera incapaz de darse la vuelta. Lo volvió a sacar inmediatamente, y lo colocó bien:

aunque no importa mucho -se dijo; me parece que para el juicio lo mismo da que lo ponga del derecho que del revés.

Lewis Carroll

14. CONCLUSIONES

Antes de iniciar las conclusiones considero importante reflejar que hablar de personas “normales” o “sanas”, es casi imposible. Pues cada uno de nosotros somos una combinación única de atributos que conforman un “ente” singular, intransferible e irrepetible. Todos los seres humanos presentamos en mayor o menor grado, rasgos obsesivos, histriónicos, histéricos, paranoicos, narcisistas, etc. Ahora bien, cuando alguno de esos rasgos se engrandece o exagera y se convierten en intolerables para el individuo y los demás, afectando a la convivencia, es una evidencia de que algo no funciona bien en nuestro cerebro.

Darnos cuenta de que nuestra mente no funciona bien es complicado y puede pasar desapercibido, porque las personas no detectan exactamente qué les sucede, pero saben que pasa *algo extraño* que no les permite realizar una vida normal, repercutiendo en los diferentes ámbitos de su vida: profesional, laboral, familiar, social y no logran alcanzar sus objetivos, metas, sueños, aspiraciones, etc.

Expuesta esta aclaración, inicio mis conclusiones.

Esta tesis nace a partir de la construcción de una etnografía psiquiátrica, a través de estudios de caso dentro de un hospital psiquiátrico, profundizando en narrativas, experiencias, vivencias, creencias y modelos explicativos de sujetos diagnosticados de un trastorno mental, familiares y profesionales. Partiendo del estudio y análisis del tratamiento psicofarmacológico como relación social, entendido éste como un conglomerado de relaciones y dimensiones micro/macro sistémicas, relacionadas entre sí: la enfermedad mental y su estigma, la conciencia/ausencia de enfermedad, la adherencia y el cumplimiento/ incumplimiento del tratamiento, la cultura profesional, la presión familiar, los juegos de legitimación/deslegitimación, el poder de las farmacéuticas, etc.

Para mí ha sido un trabajo apasionante, a la vez que un desafío. ¡Sí, un desafío!: poder hablar y contextualizar la *locura* y *el loco* y al resto de actores en el mundo psiquiátrico manicomial. Imbricarme dentro de este mundo *intentando mirar al otro, a través de la mirada de Alicia*, no ha sido nada fácil. He encontrado obstáculos y limitaciones derivados de mi propia experiencia e incrementados en algunos momentos, por la

excesiva confianza o la falta de ella o por mi propio optimismo o pesimismo en este mundo caótico. Mundo caótico que he intentado estudiar. El poder ver *a través del espejo* y dar voz a los informantes, pacientes, usuarios, clientes (o como cada uno quiera denominarlos) a través de sus narrativas ha redefinido la percepción y concepción que yo misma tenía del enfermo mental. A día de hoy, él sigue siendo el “loco”, el gran “castigado” de la historia, como refería Foucault (1979). Sin conocer su crimen o pecado es condenado a iniciar un *via crucis de casa al manicomio y del manicomio a casa* y en muchos casos, a *vagar prácticamente toda su vida* por instituciones psiquiátricas. Pues los episodios de enfermedad mental pueden ir y venir durante diferentes periodos de la vida. En otros casos, algunas personas sufren sólo un episodio y se recuperan completamente (por desgracia, estas son una minoría). Para otros muchos, la enfermedad aparece, desaparece y reaparece a lo largo de sus vidas necesitando tratamiento continuo.

¿Cómo aparece un individuo en la puerta de urgencias de un psiquiátrico?, ¿qué motivos llevan a una persona a pisar un psiquiátrico?

La persona que “aterriza” en el psiquiátrico puede llegar a la puerta del servicio de admisiones derivadas de diferentes lugares: los centros de salud mental, los servicios de urgencias de los hospitales generales o del juzgado. Suelen venir solos, acompañados por la familia o amigos o incluso traídos por las fuerzas del orden público, algunos con una autorización o sentencia judicial para cumplir su condena en el psiquiátrico, denominándose ingreso involuntario (sin consentimiento del individuo). Cuando existe aceptación y consentimiento por parte de la persona “enferma” se realizará un ingreso voluntario. No hay que tener prejuicios sobre los ingresos involuntarios; en general este hecho no tiene por qué marcar el comportamiento del individuo una vez ingresado en planta.

Cuando la persona se encuentra en admisiones y el personal administrativo ya tiene sus datos, es recibido por el equipo de profesionales de este servicio: psiquiatras y enfermería. El equipo de enfermería realiza una primera recogida de datos y una valoración. Más tarde, mediante una entrevista (si el estado del individuo lo permite) el psiquiatra accede al usuario. Durante este encuentro es importante tener en cuenta tres elementos: primero, el paciente, con su cuadro clínico, que necesita de un estudio

cuidadoso, exámenes pertinentes y el tratamiento necesario. Segundo: el entorno físico inmediato, que debe ser seguro para cualquiera de los actores; y tercero el psiquiatra que deberá resolver la urgencia. Su competencia profesional, personalidad y empatía jugarán un papel decisivo.

La psiquiatría es una ciencia médica que se convierte en ciencia social en el momento que se produce una interacción entre dos personas, sea recíproca o no. Y las narrativas de enfermedad como herramienta terapéutica nos permiten un acercamiento a la manera en que cada persona percibe e interpreta su enfermedad, repercutiendo significativamente en su proceso de diagnóstico, tratamiento y curación. Por este motivo las narrativas de enfermedad deben ser entendidas dentro de un contexto de significación y de relaciones sociales de los actores implicados, conformando sistemas explicativos de la realidad acontecida.

El psiquiatra, más que cualquier profesional de otra disciplina médica, bien sea en el servicio de urgencias o en la unidad de hospitalización, debe preocuparse por la situación social de sus pacientes. En ninguna otra especialidad existe la necesidad de considerar relaciones personales involucradas, los antecedentes ambientales y su posible modificación durante el transcurso de la entrevista. Por ello, mientras se realiza la visita médica en urgencias o en planta, es primordial establecer una comunicación empática y simétrica para poder llegar a una buena alianza terapéutica entre médico-paciente, haciéndose necesario que el psiquiatra escuche la narración de la persona y tenga en cuenta sus percepciones, opiniones, creencias, vivencias, etc., (siempre que sea posible). En este punto radica el papel primordial de las narrativas de enfermedad y los modelos explicativos, debido a que aportan la información esencial para poder saber y comprender lo que le pasa al paciente y qué necesita para poder ayudarlo.

El protocolo existente y preestablecido por el centro para las entrevistas psiquiátricas de valoración está encaminado a la detección de un diagnóstico clínico, de sus síntomas y de su posible evolución. Razón por la que el psiquiatra realiza un intento de traducir en términos biomédicos la información que le aporta el paciente a través de su narrativa o relato. De aquí que el valor que se le conceda a esta narrativa sea evaluado según el manual clínico *Diagnostical and statistical manual of mental*

disorders o DSM. Según la opinión de mis informantes en el día a día de la práctica psiquiátrica raramente se produce esta relación empática, bien sea en el servicio de urgencias o en las unidades de hospitalización.

Este hecho puede estar relacionado con la manera de abordar al paciente; es decir, con el encuentro clínico de enfoque biomédico. Pues este encuentro puede llegar a cohibir la narrativa del paciente si el entrevistado percibe cierto desinterés e incompreensión del psiquiatra frente a sus sentimientos. Mucha información sobre el “posible diagnóstico” es por ello omitida, bien por el propio paciente que la obvia en el encuentro clínico porque considera al psiquiatra poco o nada empático y sólo está dispuesto a “abrirse” y explicar su versión a un interlocutor más comprensivo o, por el contrario, por el propio psiquiatra en un intento de adaptación o traducción a su manual el testimonio del paciente. Los informantes narran *que no se sienten informados, escuchados, ni entendidos por los psiquiatras*. Algunos sienten que los psiquiatras con su lenguaje biomédico los etiquetan, los clasifican y encasillan con diagnósticos que, en la mayoría de las ocasiones, no saben qué significan y que los medican en base a etiquetas biomédicas, con las que por lo general no se identifican (pero que muchas veces ellos mismos utilizan).

Por ello, es común escuchar expresiones de: *me siento triste, estoy muy nervioso, tengo inquietud, estoy angustiado*, aunque cada vez y con mayor frecuencia podemos oír en sus narrativas un lenguaje medicalizado como: *estar deprimido, estresado o ansioso u otras como soy obsesivo, soy un neurótico, mis paranoias, mis alucinaciones*. Todos estos términos se encuentran recogidos en las diferentes versiones del manual *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* o DSM. Los psiquiatras, desde que el individuo pone un pie en el servicio de urgencias, utilizan estas “biblias” o manuales, con el objetivo de diagnosticar al paciente, bien el DSM-IV-TR o actualmente el DSM-V. Y durante la entrevista, buscan las evidencias científicas o síntomas que les conducirán a una etiqueta diagnóstica. Hay que decir que el individuo sale de la consulta de urgencias con un diagnóstico médico denominado orientación diagnóstica, que según mi trabajo de campo generalmente cambia durante el ingreso en planta.

Desde hace años, el personal de enfermería (diplomados o graduados), profesionales de una disciplina imbricada dentro de la biomedicina, también utiliza un lenguaje

común enfermero, con etiquetas diagnósticas de enfermería, que se encuentran en las diferentes versiones editadas por la NANDA INTERNATIONAL, actualmente encontramos la última versión NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2012-2014. A pesar de la utilización de un lenguaje específico, científico y biomédico, que en muchas ocasiones los pacientes reproducen, no debemos olvidar que el individuo es un ser holista (un todo), y por ello, debemos estudiar y conocer cómo la enfermedad afecta a “esa totalidad”, por tanto no hay que olvidarse de la historia de esa persona. Pues, la socialización, el bagaje cultural, las creencias, las costumbres... todas ellas influyen en nuestra manera de ver y actuar en el mundo y, por tanto, de todos ellos dependerá nuestra percepción de la enfermedad, nuestra manera de vivirla y el tratamiento que consideremos necesario.

Los motivos y causas que llevan a los individuos a ingresar en una unidad psiquiátrica, son múltiples y variados y están relacionados entre sí; pues en ocasiones los informantes no distinguen entre los unos o las otras. Estas pueden ser de origen hereditario, genético, ambiental, biológico, etc. También se encuentran relacionadas con la enfermedad y su descompensación, la impulsividad, intentos autolíticos, suicidio, dudas sobre el tratamiento, etc. Encontramos motivos y causas relacionados con los síntomas: ansiedad, tristeza, insomnio, nerviosismo, las alucinaciones y las ideas delirantes. Motivos y causas de tipo psicosocial: los traumas, los malos tratos, agotamiento del cuidador, el sufrimiento, ideas de prejuicio hacia los familiares, ansias de superación, miedos, vivencias o creencias de desgracias y muertes, búsqueda de ayuda y de soluciones; temas sociales, falta de soporte ambulatorio y comunitario, conseguir informes para obtener una paga. De tipo somático: reacciones alérgicas, realizar sobre esfuerzos e incluso la pubertad. De otro tipo: consumo de drogas e internet. También encontramos las ligadas al azar como jugar a la lotería y no seguir hábitos saludables. Todos ellos ligados a la sintomatología que padecen.

Los síntomas son percepciones subjetivas y manifestaciones del paciente y para ellos significa su sufrimiento y su padecimiento. Son presentados en un conjunto de varios síntomas (psiquiátricos, no psiquiátricos, somáticos, etc.), y en muchos casos van ligados a una etiqueta diagnóstica. Aunque los informantes no utilizan un lenguaje biomédico como los profesionales, claro está, están familiarizados con estos términos.

Los principales síntomas que explican los informantes son los denominados síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, independientemente del diagnóstico médico. Entre ellos, los más importantes son las alucinaciones y las ideas delirantes.

Kleinman et al (2000), sugieren la categoría sufrimiento social (social suffering), que aprecia la manera cómo se entremezcla el universo social con el ser corporal o body-self. Al sufrimiento se le asocia con la dimensión existencial pero estudios recientes han evidenciado que la experiencia tanto del sufrimiento como del dolor, son dos dimensiones relacionadas no solamente con el cuerpo como objeto, sino con la historia personal de cada individuo. Se considera que la vivencia del dolor y del sufrimiento son un producto de una “educación social” impregnada de construcciones culturales, de percepciones entre el mundo del individuo y la experiencia acumulada en relación con él (Csordas, 1990; Allué, 1999). Para los enfermos, el síntoma es el conjunto de lo que le pasa o le sucede. Todo aquello que envuelve su realidad inmediata: su experiencia, su vivencia, su entorno, el sufrimiento que repercute en su vida diaria y en sus actos cotidianos. Por ello, para poder actuar sobre estos síntomas es importante escuchar qué les pasa, saber qué sienten, conocer qué les preocupa y de esta manera poder elegir el tratamiento que más se acople con las necesidades, requerimientos, preferencias y economía de cada paciente.

El tratamiento puede incluir psicofármacos, medicamentos, diferentes tipos de terapia: psicológica, cognitiva, de comportamiento, apoyo psicosocial, rehabilitación psiquiátrica. Aunque según los resultados obtenidos existe una coexistencia biomédica dominante. La biomedicina es el centro gravitacional y las otras terapias giran a su alrededor. No se contempla el tratamiento psiquiátrico sin psicofármacos.

Actualmente existe una gran diversidad de fármacos en el mercado farmacéutico, siendo fundamental que el paciente conozca qué son, cómo actúan y cuáles son los efectos secundarios más comunes. Sin embargo, la mayoría de mis informantes han relatado que no conocen los psicofármacos, no saben para qué se los prescribe el psiquiatra y no tienen conocimiento de los efectos secundarios. También han evidenciado que se les modifica la medicación, los horarios, las dosis y no se les informa de ello. Por tanto, se destapa un gran desconocimiento por parte del paciente y una inexistente relación de simetría y reciprocidad entre el médico-paciente. El

médico prescribe y el paciente debe de tomar el tratamiento, sin participar con su opinión y sin poder implicarse en su propio proceso terapéutico, ni en la elección de su tratamiento. Por tanto, el tratamiento médico impone una relación jerárquica que no es semejante a la reciprocidad, aunque sí que se espera una respuesta por parte del paciente: la adherencia al tratamiento. Este proceso entendido como intercambio recíproco sólo se encontraría en un contexto relacional de escucha, de respeto, de información y no dentro de un contexto autoritario.

Muchos de los informantes han referido que no mejoran con la medicación, notan que disminuyen sus síntomas pero no llegan a estar bien; por ello, en muchas ocasiones, ya en el domicilio, pueden priorizar no tomarse *las pastillas* y negarse a seguir el tratamiento o abandonarlo. Si la primera elección terapéutica no ha sido efectiva, prueban otras alternativas para poder encontrar respuesta, y recurren a las medicinas denominadas complementarias, alternativas o alopáticas. Incluso llegan a utilizar la medicina mágico-religiosa: el tarot, la videncia, curanderos, la santería, etc. O se refugian en el mundo sagrado o sobrenatural utilizando símbolos y amuletos como “protección”. Todo ello refleja la existencia de una etnopsiquiatría o psiquiatría “folk” manejada como fuente de solución a sus problemas que provoca un rechazo hacia estas prácticas, por parte de los que ejercen la biomedicina (en muchas ocasiones y según mi trabajo de campo), pues este tipo de medicinas no están basadas en la ciencia, ni poseen evidencia científica. Sin embargo, esto contrasta con su aceptación *entusiasta* hacia el efecto placebo, que se encuentra en muchas ocasiones presente en su práctica médica y el cual también se puede encontrar en las medicinas alopáticas.

Como acabo de presentar, los informantes realizan combinaciones de diferentes tipos de tratamiento para tratar su enfermedad, sin embargo si el tratamiento biomédico, es decir el psicofarmacológico, no les da resultado, o no acaba de “curarlos” lo abandonan, produciéndose un abandono, un incumplimiento y una no adherencia al tratamiento. Pero, ¿por qué se produce este incumplimiento y abandono?, ¿por la enfermedad?, ¿por las relaciones asociadas? Estas preguntas configuraron los interrogantes de partida e hipótesis para la construcción de esta tesis. Y a continuación reflexionaré sobre ellas en base a mi trabajo de campo y al análisis de resultados de las

narrativas de enfermedad de los informantes. Empecemos hablando de la enfermedad mental:

Cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental en algún momento de su vida. Todos somos vulnerables a los problemas de salud mental. Las personas no nacemos con una enfermedad mental, pero sí que existe cierta vulnerabilidad a padecer algunas enfermedades mentales, tales como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión... Pueden existir antecedentes familiares; sin embargo, otras personas que la sufren no tienen historial en la familia. Aunque muchas personas intentan encubrirela diciendo tener una “*crisis nerviosa*”, en vez de una enfermedad mental, es muy importante poder hablar abiertamente sobre ella, ya que esto reduce el estigma, la marginación y ayuda a las personas a obtener un tratamiento precoz. Muchos factores contribuyen a la aparición de una enfermedad mental, entre ellos el haber sufrido un stress postraumático: la tensión, una ruptura sentimental, la pérdida de un ser querido, el abuso físico y sexual, los malos tratos, el desempleo, el aislamiento social, una enfermedad física o incapacidad grave.

La enfermedad mental no se encuentra vinculada ni a la edad, ni al sexo, ni a las creencias o religión de las personas, pero sí que son factores determinantes durante el curso, desarrollo y evolución. Y de estos factores dependerá la percepción y vivencia del sujeto para seleccionar el modelo de atención, el tratamiento y la manera de abordar la situación.

Las enfermedades mentales no sólo poseen una dimensión biológica, también agrupan las dimensiones psico-sociales y culturales del individuo. Razón por la que la psiquiatría no es una especialidad como cualquier otra, pues no se considera una “*medicina de cerebro*”; es decir, no es solo de una “*disease*”. Estas dimensiones psicológicas, sociales y culturales, (*illnes* y *sickness*), no pueden ser tratadas por los métodos de la biomedicina. Por este motivo, en muchas ocasiones el modelo biomédico “*falla*”, pues ¿cómo se puede aceptar una enfermedad o un diagnóstico médico que no se puede comprobar a través de una evidencia científica?, ¿se puede certificar algo que no se puede demostrar? En estas preguntas pueden estar las respuestas del porqué a los informantes se les ha etiquetado con diferentes etiquetas diagnósticas.

En base a estos diagnósticos se les prescribe un tratamiento psicofarmacológico que conlleva un sinnúmero de efectos secundarios: sobrepeso, sedación, somnolencia, sialorrea, falta de atención y concentración, impotencia, son algunos de ellos, *ir como un zombi, ir drogado, se me cae la baba, no puedo trabajar, no me concentro, no puedo leer un libro, etc.*, son algunas de las expresiones utilizadas por los informantes.

Los psicofármacos “palian” en gran medida los síntomas que padecen, pero no acaban de desaparecer según relatan, produciendo además otros síntomas añadidos o efectos secundarios a los que ya tenían. Al no percibir una mejoría global, los informantes abandonan el tratamiento psicofarmacológico, convirtiéndose en un proceso complejo que requiere de un régimen terapéutico prolongado. ¿Qué factores influyen en esta decisión?

1.- Factores relacionados con el propio individuo o paciente: la edad (aunque se ha evidenciado que a menor edad peor pronóstico), y a mayor edad más riesgo de incumplimiento y abandono (por ser una enfermedad con un tratamiento a largo plazo y los pacientes sufren cansancio). La edad relacionada con las actividades de ocio y diversión: fiestas, discotecas, sobre todo en fines de semana, las modas, los hábitos y horarios cotidianos. Los antecedentes psiquiátricos familiares, la vulnerabilidad o el riesgo de enfermedad, de susceptibilidad y de gravedad de la enfermedad. La adicción al consumo de alcohol y otras drogas. También el conocimiento subjetivo de la enfermedad, las creencias positivas o negativas (prejuicios), las normas, las actitudes y otros factores psicológicos, el rol de enfermo, las expectativas de autocontrol o eficacia y las habilidades necesarias para el cumplimiento, etc. Otro factor importante es el riesgo de suicidio, siendo este más elevado, especialmente a continuación del diagnóstico o salida del hospital.

2.- Factores relacionados con el régimen terapéutico: la complejidad del tratamiento, las dosis, los desajustes en las dinámicas y horarios en el domicilio, los efectos secundarios, los cambios o modificaciones de tratamiento, la vía de administración, la cantidad de fármacos, el precio de los psicofármacos, el descontrol y la descompensación de la enfermedad, el olvido, la desidia, la no conciencia de *estar enfermo* o *falta de insight*, la percepción y vivencia real de las alucinaciones y delirios, ejercer el rol de ser tu propio médico, el grado de cambio comportamental, la

modificación en los hábitos, así como la exigencia de nuevas pautas de comportamiento; todos ellos son factores que favorecen el abandono e incumplimiento terapéutico.

3.- Factores relacionados con la familia. La convivencia diaria con un familiar que presenta un problema de salud mental es difícil y complicada, pues conlleva una serie de cargas tanto objetivas como subjetivas que se traducen en una serie de respuestas emocionales del familiar. Esta carga familiar repercute sobre todo en el cuidador principal y puede afectar a las relaciones de pareja, a las familiares y a las relaciones sociales. También pueden verse comprometidas la distribución de las diferentes dinámicas domésticas: las tareas de la casa, la economía familiar, el desarrollo personal y el tiempo libre; llegando a afectar a la salud mental y al malestar subjetivo de toda la familia, en especial del cuidador principal.

Aparecen problemas de seguridad que hasta ese momento no existían: ventanas y balcones abiertos, mecheros en cualquier sitio, pastillas olvidadas... Todos ellos conllevan un gran peligro cuando en el domicilio familiar conviven menores de edad. Aquí, la familia juega un papel esencial en el proceso terapéutico de la enfermedad, haciéndose imprescindible su apoyo y comprensión. Un entorno familiar seguro, adecuado y unas buenas relaciones familiares son primordiales para la salud mental de todos sus integrantes y para la recuperación de una enfermedad mental.

Por otro lado, el apoyo social y familiar puede ser un factor protector y preventivo del abandono del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico del individuo enfermo. Cuando las recomendaciones introduzcan cambios en los estilos de vida, el apoyo y el refuerzo de los familiares o allegados puede ser especialmente necesario para iniciar y mantener los cambios. Pues hay que resaltar que el enfermo mental, aunque sea independiente o se haya emancipado de su familia, en general cuando hace aparición la enfermedad, “vuelve al domicilio familiar”, debido a la dependencia que crea esta enfermedad.

4.- Factores relacionados con el personal sanitario. Una relación de confianza, empática, simétrica, sin relaciones de poder, así como el establecimiento de una sólida alianza terapéutica, son factores que favorecen el desarrollo del proceso terapéutico y que conducen a una mejora sintomática. La comunicación entre los profesionales y el

paciente es fundamental. Si los profesionales presentan actitudes y aptitudes negativas, se muestran poco empáticos, están desmotivados a la hora de informar al usuario sobre su enfermedad, diagnóstico y tratamiento y el usuario lo percibe, están contribuyendo a una falta de adherencia terapéutica por parte del enfermo. Sin olvidar que durante el proceso terapéutico existe una legitimación/deslegitimación de roles, tanto por parte de los profesionales como del enfermo. Aunque el “rol de enfermo” es el menos asumido.

La instauración de un modelo *centrado en el paciente* que incorpore no solamente los factores biológicos, sino también los psicológicos, sociales y culturales podría ser una clave para mejorar el cumplimiento y la adherencia terapéutica. Y la psiquiatría como ciencia social tiene un papel relevante, pues aislarse a ser sólo una identidad biomédica es una manera de no incluir al paciente en su proceso terapéutico, de obviar las otras formas de medicinas que se encuentran dentro de las narrativas de enfermedad y se corre el riesgo de no alcanzar éxitos en los tratamientos. Se debería de ir más allá del paradigma actual y buscar modelos donde tengan cabida las otras formas de atención y no solo un modelo biomédico.

5.- Factores relacionados con la institución psiquiátrica, el estigma y los medios de comunicación. El estigma alrededor de la enfermedad mental es un efecto global que tiene un impacto negativo en todo lo relacionado con esta enfermedad: los enfermos, los familiares, los servicios de salud (hospitales psiquiátricos) y en ocasiones, incluso, los profesionales de salud. Todo lo relacionado con “la locura” es estigmatizado, hasta los psicofármacos. Las consecuencias de este estigma son un gran sufrimiento y discriminación para el paciente y la familia, lo que muchas veces deriva en un aislamiento, un sentimiento de culpabilidad y de vergüenza, una menor búsqueda de ayuda y un menor cumplimiento terapéutico.

El estigma es uno de los obstáculos más grandes para las personas que son etiquetadas de enfermos mentales. El juicio moral de la sociedad a todo lo que se sale de la norma, unido a la peligrosidad, agresividad, impulsividad que se les adjudica a estas personas son fuente de rechazo y de marginación, y los medios de comunicación participan incrementado este rechazo. Porque en cierta manera pueden crear tendencias sociales y de consumo; la información de baja calidad o la desinformación de la misma

contribuyen a la creación de modas. Ya que se observa la influencia de los valores sociales actuales como la búsqueda de nuevas sensaciones, la necesidad de inmediatez y la respuesta del otro, lo que incita a los canales comunicativos a que evolucionen de forma similar y paralela en sus mensajes. Siendo evidente un distanciamiento entre los medios de comunicación y el sector sanitario, hecho que influye en la diversidad de mensajes que se transmiten.

La percepción de las personas de que la enfermedad mental está íntimamente relacionada con la violencia no tiene bases científicas. Este estereotipo puede tener su base en el hecho del cierre de los psiquiátricos, pues a medida que una gran cantidad de hospitales psiquiátricos comenzaron a cerrar sus puertas, aumentaron las admisiones en prisión de sujetos con trastorno mental (Wallace, Mullen y Burgess, 2004; Hodgins, 1998; Hodgins et al, 1996). Lo que implicó un desbordamiento del sistema penitenciario que se encontró con una superpoblación y por consecuencia se derivó al sistema sanitario, ahora reducido a unas pocas camas en hospitales generales y a los delincuentes con trastorno mental.

Este proceso se denominó "criminalización" de los enfermos mentales y, en parte, explica el aumento de historiales delictivos o violentos en pacientes psiquiátricos (Skeem et al., 2004). Todos estos hechos colaboraron al establecimiento de una la visión estereotipada de las personas con un trastorno mental grave. La gran mayoría de los enfermos mentales no cometen nunca actos o delitos violentos (Swanson y col., 1990) y en general no son más peligrosos que los individuos sanos del resto de la población. Entre los factores de riesgo de violencia en la población en general encontramos: sexo masculino, antecedentes de comportamiento violento, alcoholismo o drogadicción, relaciones familiares distólicas, la desintegración social (Arboleda-Flórez y col., 1996; Virkunen, 1976). Las víctimas de la violencia de un enfermo mental son la pareja y los familiares (Häfner y Böker, 1982). Es importante tener en cuenta los factores de riesgo mencionados para la prevención de estas conductas y así optimizar el cuidado dirigido a los pacientes.

Actualmente existen diferentes tipos de asociaciones y campañas con el objetivo de reducir y desestigmatizar al individuo enfermo, estas, a mi modo de ver, son insuficientes, debido a que el enfermo mental es considerado por muchos de nosotros

como el *loco*, no el *enfermo*. Y me temo que mucho tienen que cambiar las cosas para que la sociedad vea a este “loco como enfermo”. Por ello, el estigma respecto a los pacientes con enfermedad mental y sus familias es un tema de actualidad y requiere estudios en profundidad. El sufrimiento que padecen tanto las familias como el propio enfermo es muy alto y afecta a la calidad de vida de todos ellos.

Para estas personas, la “locura” no es “sinónimo de enfermedad mental” y por este motivo no se consideran enfermos. El loco es aquella persona peligrosa, agresiva, que delinque, grita, se comporta de manera extraña y como muchos de ellos no son así pues no se reconocen ni “locos, ni enfermos”. Y en ocasiones, algunos de ellos llegan a comportarse de manera agresiva, muchas veces son resultado de “voces” que les hablan y les *dan órdenes y les dicen lo que tienen que hacer*. Para ello, lo percibido es real.

Según Baca (2007), el cerebro es el actor principal en la percepción de la realidad y actúa como un todo en los procesos de percepción; los sistemas sensoriales están pensados para obtener información, evaluarla y generar respuestas. Y el hombre es el único ser que puede elaborar respuestas no adaptativas. Pues cada uno de nosotros elaboramos la información que recibimos de una manera idiosincrásica, captando esta realidad más influidos por lo que somos que por lo que pasa en el resto de nuestro cerebro. Esta percepción no es algo dado ni pactado, sino más bien se trata de una construcción compartida por individuos de una misma especie, una cultura, familias o amigos. Por tanto, cuando una persona sufre una alucinación las partes del cerebro encargadas de interpretar la información sensorial actúan igual que si estuvieran percibiendo algo real, pues el tálamo que se encarga de la percepción se encuentra inactivo porque no tiene que elaborar ningún elemento exterior. Este funcionamiento se ha podido observar a través de técnicas de imagen lo que ha abierto una desconfianza sobre lo que captan nuestros sentidos.

En cuanto al curso y evolución, comentar que la enfermedad mental es incurable y dura toda la vida. Aunque la mayoría de las enfermedades mentales pueden ser gestionadas de manera efectiva, siempre y cuando se traten de manera temprana y apropiada; el individuo puede llevar una vida normalizada, a pesar de que una minoría se recupera completamente y no vuelve a tener otros episodios. Para otros, la

enfermedad mental puede volver a ocurrir a lo largo de sus vidas, igual que muchas otras enfermedades físicas, como pueden ser la diabetes y las enfermedades cardíacas o las endocrinas y al igual que estas, puede ser controlada para que los individuos puedan vivir la vida con plenitud. También podemos encontrarnos con que la enfermedad mental puede llevar a la persona que las sufre a presentar una incapacidad, como resultado de una enfermedad mental a largo plazo.

Llegado hasta aquí, y según las dos hipótesis planteadas en esta tesis, quiero manifestar que tras el análisis de los resultados obtenido de las narrativas de enfermedad basadas en el modelo de Kleinman (1980), uno de los mayores problemas que se encuentra la psiquiatría es el incumplimiento del tratamiento psicofarmacológico por parte de los sujetos diagnosticados de una enfermedad mental. Teniendo una prevalencia dominante el incumplimiento del tratamiento con antipsicóticos. Este incumplimiento y la falta de adherencia se deben a la escasa o nula conciencia de enfermedad, a la legitimación de la propia enfermedad, al dispositivo en el que se encuentran y/o a las relaciones sociales asociadas de los afectados de un trastorno mental. Pues el fenómeno del tratamiento psicofarmacológico como relación y hecho social se asocia a un modelo explicativo de relaciones y dimensiones micro/macro sistémicas, interconectadas entre sí: la enfermedad mental y su estigma, la conciencia/ausencia de enfermedad, la adherencia y el cumplimiento/ incumplimiento del tratamiento, la cultura profesional, la presión familiar, los juegos de legitimación/deslegitimación, el papel y poder de las farmacéuticas, etc. Todos ellos, en menor o mayor grado, influyen en el abandono e incumplimiento del tratamiento.

La mayoría de los protagonistas de esta tesis consideran el tratamiento psicofarmacológico ineficaz frente a sus dilemas, pues ni los fármacos ni la hospitalización apuntan a su resolución. Por ese motivo, abandonan sus medicinas y dejan de acudir a la consulta de seguimiento en los centros de salud mental.

Las creencias en la ciencia psiquiátrica son apenas un elemento más en la configuración de las explicaciones del sufrimiento entre los pacientes. Para muchos de ellos, el psicofármaco no es el *nuevo milagro*. Por ello, debo de admitir una cierta

intranquilidad y desazón al concluir que este sistema psiquiátrico institucional no llega a alcanzar un alivio real de los pacientes ingresados.

Esta tesis es una etnografía de la enfermedad mental y su tratamiento en una unidad de agudos psiquiátrica, así como, una aproximación al tratamiento psicofarmacológico como relación social a través del modelo de Kleinman y, puesto que considero que debo contribuir a ampliar este conocimiento, propongo de cara a posibles investigaciones futuras, realizar una etnografía en diferentes tipos de países, bien desarrollados y subdesarrollados: países nórdicos, latinoamericanos y países africanos. Todo ello, con la finalidad de estudiar: ¿cómo se percibe la enfermedad mental en estos países?, ¿qué modelos se articulan en sus sistemas de atención?, ¿qué tratamientos se emplean?, ¿son más eficaces?, ¿continúa existiendo un alto abandono del tratamiento psicofarmacológico en estos países?

Esta etnografía profundiza en el estudio del sufrimiento humano en un contexto específico. Describe la experiencia de la enfermedad en un aquí y un ahora. El trabajo de campo, las narraciones, las historias de vida y los modelos explicativos se han convertido en piezas clave para poder describir un entorno específico, social, individual y las prácticas implicadas en él y me han permitido obtener una *fotografía* del psiquiátrico, de la enfermedad mental y de su tratamiento. Por todo ello, considero que la etnografía es el método que constituye una buena opción complementaria para el modelo biomédico y cito:

Tiende un puente entre la experiencia moral y la reflexión ética en el ámbito de la práctica clínica (Kleinman, 2004: 26)

Acabo mi tesis con unas frases del cuento de Alicia:

Una historia que comenzó en días ya pasados
en el bochorno de una tarde de verano...
Una simple canción servía para impulsar
el ritmo de nuestro remar..
Sus ecos perciben aún en la memoria; los años
envidiosos no lograran olvidar.
¡Ven pronto y escucha, pues! Antes de que esa voz
venga a anunciar la terrible nueva
¡Y ordene acostarse a la melancólica joven
En ese lecho que tan poco desea!...
Amada: no somos más que niños grandes
que se agitan en vano cuando llega la hora de dormir.
Afuera, triunfan los hielos y azotan las nievas,
Brama la locura desatada del vendaval...
Dentro nos acoge el rescoldo del hogar
Y el nido de la niñez (...)
Quedarás prendado por las mágicas palabras:
Y aunque la sombra de un suspiro
Quizás
lata a lo largo de esta historia,
añorando esos «alegres días de un estío de antaño»
y el recuerdo desvanecido de un verano ya pasado...
no ajará con su infeliz aliento
la gracia encantada de nuestro cuento (...)

A través del espejo y lo que Alicia encontró al otro lado

LEWIS CARROL

15. BIBLIOGRAFÍA

- ABC, suplemento de salud (2001), 1-7-01.
- ABU-LUGHOD (Eds.) Language and the Politics of Emotion. Cambridge: Cambridge University Press. pp. 162-185.
- ABU-LUGHOD, L. (1988) Veiled sentiments: Honor and poetry in a Bedouin society. Berkeley y Los Angeles: University of California Press.
- AGREST, A. (1997) Adherencia a los tratamiento farmacológicos. MEDICINA - Volumen 57 - Nº 1, 1997. MEDICINA (Buenos Aires) 1997; 57: 111-113.
- ALARCÓN, RD. (1995) Culture and psychiatric diagnosis: impact on DSM-IV and CIE- 10. Psychiatric Clinic North American. Cultural Psychiatry, 18(3):449-65. En: CORTÉS, D., C., URIBE, C., A. VÁZQUEZ, R. (2005) Etnografía Clínica y narrativas de Enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. Revista colombiana de psiquiatría. [En línea] vol.34, no.2, Bogotá Apr. /June 2005. p. 190- 218. [On Line] <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/806/80634203.pdf> Consultada [Febrero 2008]
- ALBARRACÍN, A. (1977) Las ciencias médicas en España. En: Huertas R, Romero AI, Álvarez R, coordinadores. Perspectivas Psiquiátricas. Colección Nuevas Tendencias, n. 6. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1987.p. 9-18.
- ALVARO, JL. (1992) Desempleo y bienestar psicológico. Siglo XXI. Madrid.
- ALLUÉ, M. (1999) La douleur en direct. Anthropologie et Sociétés, vol. 23. No. 2. 1999:117-137.
- (2009) Tres enfermeras. Capítulo I. En Comelles et al. 2009. Enfermería y antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados. Ed. Icaria. Institut CATALA d' Antropologia. Pág. 39-56
- AMADOR, X. (2007) ¡No estoy enfermo, no necesito ayuda! Cómo ayudar a un enfermo mental a aceptar el tratamiento. Mayo Ediciones. 2ª Edición. Barcelona.
- AMADOR, X., STRAUSS, H., YALE, A. GORMAN, M. (1991) Awareness of illness in schizophrenia. Schizophr Bull. 1991; 17:113-132.
- AMADOR, N., MEDINA-MORA, N. (2007) Encuesta de Consumo de drogas en estudiantes 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz. México, D.F. (en prensa). El consumo de drogas en estudiantes de 10º a 12º grado del Estado de Aguascalientes.
- AMELA, L. (2006) Clínica Mental Torribera. En Diputació de Barcelona. Concurs de narracions breus (pp 47-50).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3 ed. Washington DC: APA; 1980. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3 ed. Washington DC: APA; 1980.
- (1994) Diagnosis and Statical manual of mental Disorders. 4 th ed. Washington: The American Psychiatric Association.
- (2007) Monitor of Psychology. Vol. 38, nº 3, Marzo de 2007. [On Line] <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>. Consultada [Mayo 2013]
- (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª Ed. Test Revision). Washington, DC: APA.

- (2012) DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis [On Line] <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx> [Consultada Mayo 2013]
- AMERLINK, M. & BONTEMPO F. (1994) Por una antropología del espacio construido. Guadalajara: Ediciones de la Casa Chata. En TAPADA B. M^a T. 2002. Antropología, vivienda y realojamiento urbano: la necesidad de diseños arquitectónicos más flexibles y adaptados. Número 16 - Octubre 2002 - Revista Bimestral de la Fundación Secretariado General Gitano. Gitanos, pensamiento y cultura. [On Line] http://www.gitanos.org/revista/articulos/16a_fondo.htm Consultada [Abril 2013]
- AMIGO I., FERNÁNDEZ C., PÉREZ, M. (1998) Manual de psicología de la salud. Madrid: Pirámide.
- APUNTES DE ENFERMERÍA (1991) Dossier de la asignatura Historia de la Enfermería Universidad de Barcelona.
- ARBOLEDA-FLORES, J. (1998) Mental illness and violence: an epidemiological appraisal of the evidence. Canadian Journal of Psychiatry, 43, 989-996.
- ARBOLEDA-FLORES, J., HOLLEY, H., CRISANTI, A. (1996) A Mental Illness and Violence. Proof or Stereotype Ottawa, Salud Canad·Minister of Supply and Services.
- ARISTÓTELES (1974-1999) Poética. Gredos, Madrid. Edición trilingüe.
- ARMSTRONG, D., (1983) Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century. Cambridge University Press. Cambridge.
- ARNONE, D., SIMMONS, LJ. (2007) Smoke-free mental health units. Br J Psychiatry 2007; 190:449.
- ARRANZ M. B., ROS, S., SAN, L. (2003) Impulsividad, agresividad y suicidio. En ROS, S., PERIS, D., GRACIA, R. (2004) Impulsividad. Barcelona: Ars Médica. Capítulo 6. p: 195-209.
- AYUSO, JL. (1999) Biología de la conducta agresiva y su tratamiento. Salud mental 1999: (Número especial); 19-25. En Martínez-Tenorio F.N., Hernández-Daza, M., Mtro. Chávez-Dueñas, M. 2007. Niveles de agresividad e impulsividad en pacientes psiquiátricos de un hospital de tercer nivel. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2007; 40(2): Abr.-May: 35-40. [On Line] <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2007/nnp072a.pdf> Consultada [Agosto 2013]
- BACA, E., ALARCÓN, R., LÁZARO, J., GARCÍA-PARAJUÁ (2007) Archivos de psiquiatría;, Vol. 70, no. 1: 1-8. Psyke: Catálogo de artículos sobre Psicología en español. [ON LINE] [http://alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/\[in=psylink.in\]/?mfn=030426&campo=v300&occ=1](http://alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/[in=psylink.in]/?mfn=030426&campo=v300&occ=1) [Agosto 2013]
- BANNERMAN, M. (1977) WHO'S programe in tradicional medicine. Who Chronicle, 31: 427-428.
- BARBADO, A. (2006) Estrategias preventivas en alcoholismo. Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en uso y abuso de alcohol. Ministerio de sanidad y consumo. Organización médica colegial de España 2006. [On Line] <http://www.msc.es/gl/alcoholJovenes/docs/guiaBPCusoabusoAlcohol07.pdf#page=90> Consultada [Noviembre 2010]
- BARON, A. (1977) Human aggression. New York: Plenum Publishing Co. En Martínez-Tenorio F.N., Hernández-Daza, M., Mtro. Chávez-Dueñas, M. 2007. Niveles de agresividad e impulsividad en pacientes psiquiátricos de un hospital de tercer nivel. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2007; 40(2): Abr.-May: 35-40. [On Line]

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2007/nnp072a.pdf> Consultada [Agosto 2013]

- BARRAGÁN, A. (2005) La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de paciente con neuralgia postherpética. p. 61-78. Cuicuilco Vol. 12 Nº 33, enero-abril, 2005 México, ISSN 1405-7778.
- BASAGLIA, F. (1970) La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico. Ed. Barral D. A.
- BASS, C., BENJAMIN, S. (1993) The Management of Chronic Somatisation. En *British Journal of Psychiatry*; 123:472-480. DI SILVESTRE, C. (1998) Somatización y Percepción Subjetiva de la Enfermedad. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales* Nº. 4, 1998. ISSN 0717-554X. [On Line] <http://www.moebio.uchile.cl/04/silvestre.htm> Consultada [Enero 2008]
- BASTERRA, M., (1997) El cumplimiento terapéutico. *Revisión: Pharm Care Esp* 1999; 1: 97-106 [On Line] http://crf-rj.org.br/crf/arquivos/file/AtencaoFarmaceutica/El_cumplimiento_teraputico.pdf
- BASTIDE, R. (1988 [1965]) *Sociología de las enfermedades mentales. Siglo XXI*. Madrid.
- BEEEMER, BR. (1993) Hospital psychiatric units: Nonsmoking policies. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1993; 31:12-14.
- BEGLINOMINI, W. et al (1998) El proceso de reinternación psiquiátrica: una mirada desde la vida cotidiana. Universidad Nacional de entre ríos. Facultad de trabajo social.
- BERNAND, C. (2007) Interculturalidad, pluralismo médico, enfermedades y aflicciones. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, Número 7 - 2007, mis en ligne le 5 septembre 2007, référence du 31 janvier 2008,. [On Line] <http://nuevomundo.revues.org/document8162.html> [Consultada en Febrero 2008]
- BERGER, PL., LUCKMANN, T. (1984 [1966]) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu.
- BLACKWELL, B. (1973) Drug therapy compliance. *N Engl J Med* 1973; 289: 249-252.
- BLUMAGHEN, D. (1980) Hypertension: A folk illness with a medical name. *Culture, Medicine and Psychiatry*. Volume 4, Numbre 3, 197-227 DOI: 10.1007/BF00048414.
- BOBES, J., GARCÍA, C., BULBENA, A. (2007) Medición de la adherencia en la esquizofrenia. En: Cañas F, Roca M (eds.) *Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Médica; 2007. p. 85-94.
- BOK, D. (1984) President's Report on Medical Education, *Harvard University Gazette*, 79 (33), pp. 1-12.
- BONTE, P., IZARA, M. (1996) *Diccionario Akal de Etnología y Antropología*. P: 235. Ediciones Akal S.A.
- BOTSIS, J. (1995) Parental loss and family violence as correlates of suicide and violence risk. Department of Psychiatry. Albert Einstein College of Medicine, Montefiore Medical Center,
- BRAILOWSKY, S. (1995) *Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología*. Cuarta Parte. Fondo de cultura económica. México.
- BRANDO, JA. (2013) La agresión en el contexto de la etología y la antropología. *Ánfora* 20 (34), 163-184. Universidad Autónoma de Manizales. ISSN 0121-6538. [On line] <https://intrauam.autonoma.edu.co/publicaciones/index.php/anfora/article/view/87>.

- BRETT, AS., BURR, W., MOLOO, J. (2003) Are gifts from the pharmaceutical companies ethically problematic? Arch Int Med. 2003; 163:2213-8, En López-Muñoz, Álamo; 2006: 1205).
- BREUER, J. FREUD, S. (1955) Studies in hysteria. The Standard edition (Vol. 2). Londres: The Hogarth Press (Inicialmente publicado en 1895). En Martínez-Tenorio F.N., Hernández-Daza, M., Mtro. Chávez-Deñías, M. (2007) Niveles de agresividad e impulsividad en pacientes psiquiátricos de un hospital de tercer nivel. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2007; 40(2): Abr.-May: 35-40.
- BUFFON, G. (1804) Histoire naturelle. t. 3 Histoire de l' homme, París, 1804, 144 sq.
- BUISÁN, E. (2013) Síntomas negativos de la esquizofrenia. Forum Clínic. Programa interactivo para pacientes [online] <http://www.forumclinic.org/es/esquizofrenia/reportajes/s%C3%ADntomas-negativos-de-la-esquizofrenia> Consultada [Agosto 2014]
- BUSQUET, T. (1927) La asistencia de los psicópatas en Suiza, Alemania y Francia: Plan de Organización en la provincia de Barcelona. Diputación Provincial de Barcelona.
- CAMPOS-NAVARRO, R., TORRES D., ARGANÍS-JUARÉZ, E. (2002) Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. rev.colomb.psiquiatr. [online] <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n5/10999.pdf>. Consultada [Febrero 2008]
- CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION (2001) Physicians and the pharmaceutical industry (update 2001). Can Med Assoc. J. 2001; 164:1339-41 En López-Muñoz, Álamo; 2006: -08.
- CANALS, J. (2000) El cuidado en las culturas: cuidado, reciprocidad y estigma social. Ponencia presentada al XVII Congreso de Enfermería en Salud Mental, Zaragoza; 2000.
- (2009) Vía crucis en urgencias. Capítulo III. En Comelles et al (2009) Capítulo III. Enfermería y antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados. Ed. Icaria. Institut Català d' Antropologia. Pág. 67-84.
- CAPELLA BATISTA-ALENTOM, A. (2001) La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán. Pp.: 1382. [On Line] <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n79/n79a09.pdf>
- CARLAT, D. (2010) Unhinged: The Trouble with Psychiatry—A Doctor's Revelations About a Profession in Crisis. Free Press, pp: 256.
- CARRASCO, M.A., GONZÁLEZ, M.J. (2006) Aspectos conceptuales de la agresión: Definición y modelos explicativos. Acción psicológica, junio 2006, vol. 4, n.o 2, 7-38 Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia. [On Line] https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4487/violenciajuvenil1.pdf Consultada [Agosto 2013]
- CASAS, M., GUARDIA, J. (2002) Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Monografía alcohol. Adicciones 2002; 14 (Supl): 195-219.
- CASCARDI, M., MUESER, T., DE GIROLOMO, J., MURRIN, M. (1996) Physical aggression against psychiatric inpatients by family members and partners: A descriptive study. Psychiatric Services, 47, 531-533. [On Line] http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL24_1_6.pdf Consultada [marzo 2013]
- CASULLO, M., BONALDI, D. (2000). Comportamientos suicidas en la adolescencia, morir antes de la muerte. Argentina: Lugar.
- CAUDILL, W. (1966) El hospital psiquiátrico como Comunidad Terapéutica. Editorial Escuela.

- CHESNEY, A., MORIN, M., SHERR, L. (2000c) Adherence to HIV combination therapy. *Soc. SciMed* 2000c; 50:1599-1605.
- CHING CHEN, K., LIN CHU, C., KUANG, YANG, LÍEH YET, T., HUI LEE, I., SEE CHEN, P., BAND LU, R. (2005) The relationship Among insight, cognitive function of patients with schizophrenia and their relatives perception. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005; 59: 657-660.
- COCHRANE, R. (1983) *The social creation of mental illness.* Longman. Londres. En ALVARO, J.L. (1992). *Desempleo y bienestar psicológico.* Siglo XXI. Madrid.
- COLAIZZI, J. (2005) Seclusion & restraint: A historical perspective. *J. Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 43(2): 31-37.
- COLECTIVO DE AUTORES (1997) *Cumplimiento e incumplimiento terapéutico en el tratamiento antibiótico.* Madrid: Ediciones Doyma, pp: 90-6.
- COLLIER, J., ILHEANACHOL, I. (2002) The pharmaceutical industry as an informant. *Lancet* 2002; 360:1405-9.
- COLLIÈRE, F. (1993) *Promover la vida.* McGraw-Hill Interamericana de España.
- 1993. Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados. *Revista ROL de Enfermería "especial Antropología"* Nº 179.180 Julio-Agosto. Pág. 71-80.
- COMAS, A. (1994) *Los jóvenes y el uso de drogas en España en los años 90.* Madrid. Instituto de la Juventud, 24-5).
- COMELLES, J.Mª. (1981) La necesidad del otro. Sobre las relaciones entre Antropología y Psiquiatría. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de de Barcelona.* Vol. 8 Nº 2. Pág. 149-170.
- (1988) *La razón y la Sinrazón Asistencia psiquiatrica y desarrollo del estado en la España Contemporánea.* Col. Sociedad-Estado. PPU Promociones y Publicaciones Universitarias. S.A.
 - (1997) De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual. III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud Teruel, Septiembre de 1997 [On Line] <http://www.naya.org.ar/articulos/med01.htm>
 - (2006) *Stilfera navis, la locura, el poder y la ciudad.* Ed- Milenio.
- COMELLES, J.Mª, MARTÍNEZ, A. (1993) *Enfermedad, Cultura y Sociedad: Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina.* Eudema Antropología Horizontes, S.A. (Ediciones de la Universidad Complutense S. A).
- COMELLES, J.Mª. ANDREU, A.; FERRUS, J., PARIS, S. (1982) Aproximación a un modelo sobre antropología de la Asistencia. *Arxiu d' Etnografia de Catalunya,* 1, 13-31.
- CONSOLI, M., SAFAR, E. (1988) Predictive value of patient psychological profile and type of physician-patient relationship in compliance of antihypertensive treatment. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1988; 81 (Suppl): 145:150.
- CORMAC, I., BROWN, A. (2009) Creasey A, Ferriter M, Huckstep B. A retrospective evaluation of the impact of total smoking cessation on psychiatric inpatients taking clozapine. *Acta Psychiatr Scand* 2009: 1-5 DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01482.x.
- CORTÉS, C., URIBE, A., VÁZQUEZ, R. (2005) Etnografía Clínica y narrativas de Enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista colombiana de psiquiatría.* [En línea] vol.34, no.2, Bogotá Apr./June 2005. p. 190- 218. [On Line] <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/806/80634203.pdf>> Consultada [Febrero 2008]

- CORREA, ET AL (2006) La evidencia del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. Quaderns de l' Institut Català d' Antropologia, Núm: 22, 2006:60-69.
- COVARRUBIAS, S. (1611) Tesoro de la lengua castellana o española, 'Las Gracias'. Edición integral e ilustrada de ARELLANO, I y ZAFRA, R. (2006). DVD elaborado por BERNAT, A. y SAJÓ, T. (Studiolum). Madrid/Frankfurt am Main, Iberoamericana/Vervuert, LXVI-1.641 p
- CRAINE, S., HESSON, E., COLLIVER, A., MACLEAN, J. (1998) Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. Hospital and Community Psychiatry, 39, 300-304. [On Line] http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL24_1_6.pdf Consultada [Marzo 2013]
- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV (2008) Características diagnósticas - N4: Patologías - Psicobiología net. [On Line] http://www.biopsicologia.net/fichas/page_7599.html [Consultada en Junio 2008]
- CSORDAS, T. (1990) Embodiment as a Paradigm for Anthropology.
- CUESTA, J., PERALTA V., ZARZUELA., SANDIO, M. (2006) Insight dimensions and cognitive function in psychosis: a longitudinal study. BMC Psychiatry
- DALAK, G., MEADOR-WOODRUFF, J. (1993) Smoking withdrawal, and schizophrenia: case reports and a review of the literature. Schizophr Res 1996; 22:133-141.
- DAVID, D., KUTCHER, S., JACKSON, I, MELLMAN, A. (1999) Psychotic symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 60, 29-32.
- DAVID, S. (1990) Insight and psychosis. Br J Psychiatry. 1990; 156:798-808.
- DE ABAJO, J., MADURGA M., RODRIGUEZ A., MONTEROS D., (2006) El papel de la Administración Sanitaria en el Desarrollo de la psicofarmacología: aspectos regulatorios y farmacovigilancia, En López-Muñoz, Álamo; 2006: 1215-1219.
- DE LA TORRE, J. A. (2014) Psicofarmacología. Enfermería psiquiátrica y de salud mental. Tema 8 [On line] <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vHI33tndxhMJ:https://www.uclm.es/profesorado/jtorre/DOCUMENTOS/PSIQUIATR/temas/almacen/tema8%2520.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es> consultada [Febrero 2014]
- DENZIN, K. (1984) On Understanding Emotion, San Francisco, Jossey Bass.
- DEVEREUX, G. (1956) Normal y anormal, En Dossier de Antropología de la Salud (2004), Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra.
- DÍAZ, A., ET AL (2001) Drogas y drogadicción: un enfoque social y preventivo: [trabajos expuestos dentro del marco de los Cursos de Verano en Cuenca del 12 al 14 de julio de 2000] / Humanidades.
- (2001) Drogas y drogadicción: un enfoque social y preventivo; Coordinador Santiago Yubero. Cuenca. Ediciones de la Universidad de Castilla la Mancha. Humanidades.
- DÍAZ, A., (2012) Conferencia: Una visión sobre las drogas y sus consumos en España". En Domínguez I. Conferencia. El Psicoanálisis Lacaniano en España El Blog de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis (Barcelona) 13 de Diciembre de 2012. [On Line] <http://www.blogelp.com/index.php/cronica> Consultada [Agosto 2013]
- DICCIONARIO CRITICO DE CIENCIAS SOCIALES [On Line] http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/salud_mental.htm Consultada [febrero 2008]

- DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL MÉDICA [On Line] <http://www.ranm.es/terminolog%C3%ADa-m%C3%A9dica.html> Consultada [Julio 2010]
- DICCIONARIO MÉDICO (2010) [On line] http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gatista Consultada [Julio 2010]
- DICCIONARIOS. ON LINE. COM AR. (2008) [On Line] <http://www.diccionarios-online.com.ar/psy/Trastorno+mental.html> Consultada [Enero, 2009]
- DIEGUEZ A., CAMPOS, R., HUERTAS, R. (2005) Breve historia de la psiquiatría. En: LÓPEZ-MUÑOZ, ÁLAMO, C, EDITORES (2006) Historia de la Psicofarmacología, Tomo I. De los orígenes a la medicina científica: sobre los pilares biológicos del nacimiento de la psicofarmacología. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 3-35.
- DIPUTACIÓ DE BARCELONA (2005) Setanta-cinc anys d' assistència psiquiàtrica. De Clínica Mental a Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López.
- Xarxa de municipis Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López: Informació Institucional: Historia (2008) [On Line] <http://www.diba.es/torribera/historia.asp>. Consultada [Febrero 2008]
 - Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López Programa d'Urgències i Hospitalització Breu, Diputació de Barcelona Xarxa de municipis [On Line] http://www.diba.es/torribera/taula_hospitalitzacio_psiquiàtrica.asp Consultada [Febrero 2008]
 - (1982) Clínica Mental: Història. Mig segle 1930-2005. Dossier. Exc. Diputació de Barcelona.
 - (2003) Memoria 2003 Àrea de salut Pública i Consum. Diputació de Barcelona Xarxa de municipis.
 - (1998) Memòria 98. Gerència Torribera. Serveis Assistencials Dr. Emili Mirà i López.
 - (2006) Concurs de narracions breus. 75è Aniversari Torribera. Diputació de Barcelona. Xarxa de municipis.
- DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA HOSPITAL SAN CECILIO (2007) Seguridad del paciente. Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Cecilio. Granada. [On Line] http://www.districtometropolitano.es/probando/ficheros/protocolo_de_contencion_de_pacientes_adaptado_para_aplicacion_en_el_distrito_metropolitano.pdf Consultada [Mayo 2013]
- DI SILVESTRE, C. (1998) Somatización y Percepción Subjetiva de la Enfermedad. Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales Nº. 4, 1998. ISSN 0717-554X. [On Line] <http://www.moebio.uchile.cl/04/silvestre.htm> Consultada [Enero 2008]
- DOMINGUEZ, C. (1986) Los cuidados y la profesión enfermera en España. Pirámide, Madrid. p. 246.
- DUNNER, DL. (1993) Current psychiatric therapy; 1993:460-85. En Martínez-Tenorio F.N., Hernández-Daza, M., Mtro. Chávez-Deñas, M. 2007. Niveles de agresividad e impulsividad en pacientes psiquiátricos de un hospital de tercer nivel. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2007; 40(2): Abr.-May: 35-40. [On Line] <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2007/nnp072a.pdf> Consultada [Agosto 2013]
- DURKHEIM, É. (1968) Les formes élémentaires de la vie religieuse. París, PUF. J. ABC.

- (1971) El suicidio. Estudio de Sociología. Schapire Editor. Editorial, Archivos (1920) Neurobiol. 1920; 1.
- EL-GUEBALY, N., CATHCART, J., CURRIE, S., BROWN, D., GLOSTER, S. (2002) Public health and therapeutic aspects of smoking bans in mental health and addiction settings. *Psychiat Serv* 2002; 53:1617-1622.
- EISEBERG, J. (1986) *Doctors Decisions and the Cost of Medical Care*. Health. Administration Press Ann Arbor. Michigan.
- ELZO, J. (1989) *Los jóvenes y su relación con las drogas*. Vitoria: Publicaciones del Gobierno Vasco.
- ERICHSEN, J. (1866) *On Railway and other Injuries (1866) of the Nervous System*. Cavendish Place, London, June 15.
- ERKOREKA A., MARTINEZ O. (2006) Viaje imaginario a través de la historia de la enfermedad mental. Editado por el Museo de Historia de la Medicina y de la Ciencia, con la colaboración de OME-AEN. En SOLÓRZANO S. M. 2009. Un día en el Museo Vasco de Historia de la Medicina "José Luis Goti". *Revista Enfermería avanza*. [On Line] <http://enfeps.blogspot.com.es/2009/12/stultifera-navis-la-nave-de-los-locos.html>
- ESCUADERO, A. ET AL. (2008) La lógica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP): del síndrome "puro" a la "terapia de la amenaza". *Rev. Asociación Española Neuropsiquiatría.*, vol. XXVIII, n. º 102, p.p. 283-305.
- ESPARZA, F. (2011) La no conciencia de enfermedad (insight) desde el Trabajo Social con enfermos mentales. *Documentos de Trabajo Social* · nº49 · págs. 262-269. ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246. Disponible [On Line] En http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/49_14.pdf Consultada [Mayo 2014]
- ERWIN, S., BIORDI, D. (1991) A smoke-free environment: Psychiatric nurses respond. *J Psychosoc Nursing* 1991; 29:12-18.
- ESQUIROL, J. (1838) *Maladies mentales*. Paris. En DURKHEIM, (1971) *El suicidio*. Estudio de Sociología. Schapire Editor. Editorial, Archivos (1920) Neurobiol. 1920; 639-665.
- EXPÓSITO, J. (2000) Los costes sociales de nuestras prácticas. *Actores o espectadores*. *Gest Clin y San* 2000 2 (2): 39-40.
- FABREGA, JR. (1972) *Medical Anthropology*, en *Biennial Review of Anthropolgy*, Stanford University Press, 167-229. En COMELLES, J.Mª, MARTÍNEZ, A. (1993) *Enfermedad, Cultura y Sociedad: Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Eudema Antropología Horizontes, S.A. (Ediciones de la Universidad Complutense S. A.)
- FALK, G. (2001) *Stigma: How We Treat Outsiders*. New York: Prometheus Books; 2001.
- FAÑANÁS, L., ARIAS, B. (2003) Aspectos genéticos de la impulsividad y de la agresividad en trastornos psiquiátricos. Capítulo 4.3. En *Impulsividad ROS*. M. S., PERIS
- FERNÁNDEZ-RÚA, M. (2001) De la euforia a la depresión. *Suplemento Salud*, 2001: 10-11
- FLORIDO, D. (2014) Tema 3. Economías de Subsistencia. 3b. Comercio y moneda. [On Line] http://personal.us.es/dflorido/uploads/Actividad%20docente/AEconomica/Tema3a_Intercambio_reciprocidad_redistribucion.pptx Consultada [Marzo 2014]
- FORD, V. (1983) *The Somatization Disorders. Illness as A Way of Life*. Elsevier Biomedical. New York, DI SILVESTRE, C. (1998) *Somatización y Percepción Subjetiva de la Enfermedad*.

- Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales Nº. 4, 1998. ISSN 0717-554X. [On Line] <http://www.moebio.uchile.cl/04/silvestre.htm> Consultada [Enero 2008]
- FOUCAULT, M. (1966) El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Editorial Siglo XXI, México.
- (1967) Historia de la Locura en la época clásica I. Volumen 1. México, Fondo de Cultura Económica.
 - (1979) Historia de la locura en la época clásica. México, Fondo de Cultura Económica.
 - (1998) Historia de la locura en la época clásica. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
 - (2003) El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada clínica. Siglo XXI, Buenos Aires.
 - (2008) El nacimiento de la clínica. Siglo XXI, Buenos Aires.
 - (2005) El poder psiquiátrico. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- FRANK, W. (1995) The wounded storyteller: Body, illness and ethics. Chicago, IL: University of Chicago Press. En Valverde, C. (2005) Historias que cuentan: el caos en la narrativa del paciente crónico. Norte de salud mental 2005; 22: 56-59. [On Line] http://antigua.omeaen.org/norte/22/NORTE_22_080_56-59.pdf Consultada [Agosto 2013]
- FRANZKOWIAK, P. (1987) Risk taking and adolescent development. The functions of smoking and alcohol consumption in adolescence and its consequences for prevention. Health Prom 1987; 2: 51-61.
- FREUD, S. (1923) Inhibición, Síntoma y Angustia. Londres, Hogarth. Standard Edition, 19:3- 68,
- GAMELLA, F., ÁLVAREZ A., ROMO, N. (1997) La "fiesta" y "el éxtasis" drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles. Rev. De Estudios de juventud 1997; 40/97. [On Line] <http://www.portaldelajuventud.org> Consultada [Agosto 2010]
- GARCÍA, JL. (1998) Enfermedad y cultura en Trabajo Social y Salud. Antropología de la Medicina. Una década de Jano (1985-1995) Marzo 1998 Nº 29 p: 22.
- GARCIA, J., MÁRQUEZ, MI (2004) Diagnósticos de enfermería prevalentes en la persona afecta de Trastorno Mental Severo (TMS) Comunicación presentada en: 5º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Psiquiatria.com. [On Line] <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2986> Consultada [Febrero de 2004]
- GARCÍA-ALBEA, E. (2002) Aniversario de Cajal. Rev Neurol. 2002; 35:601-2.
- GARCÍA-CABEZA, I., ET AL. (2010) Trastornos adictivos. Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes con patología mental grave. Rev., Elsevier. 2008; 10:32-41. [En línea] [Fecha de acceso: 8 de Noviembre 2010] URL disponible en http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet? f=7064&ip=66.249.71.241&articuloid=13117593
- GARCÍA, V. (1974) Poética de Aristóteles. Traducción. Edición trilingüe, Madrid, Gredos.
- GAUT, D. (1983) Development of a theoretically adequate description of caring. Western Journal of Nursing Research 5 (4), 313324.
- GENTIS, R. (1970) Les murs de l'asile, Guérir la vie, Paris, Maspéro. 1975, Paris. En BASAGLIA, F. (1970) La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico. Ed. Barral D. A.

- GIBBONS, V., LANDRY, J., BLOUCH, L., ET AL. (2006) A comparison of physicians "and patients" attitudes toward pharmaceutical industry gifts. *J Gen Int Med.* 1998;13:151-4 En López-Muñoz, Álamo; 2006: 1206.
- GLASSMAN, H, COVERY, S., STETNER, F., RIVELLI, S. (2001) Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet* 2001; 357(9272):1929-1932.
- GOFFMAN, E. (1961) *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (trad. española, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires, 1970).
- 1963 (2006) *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
 - [1959 (1971)] *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu, Buenos Aires.
 - (1971) *Relation in Public*, Basic Books (Paper-back. Version Harper and Row), New York. Trad. esp.: *Relaciones en Público*, Alianza, Madrid, 1979.
 - (1971) En LOZANO, M., B. (2003) En el aniversario de Erving Goffman (1922-1982) *Reis* 102/03 pp. 47-61. Universidad Complutense de Madrid. [On Line] <http://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=767062&orden=108098> Consultada [enero, 2009]
 - (1974) *Les rites d' interaction*, París Minuit.
 - (1976) *Síntomas psiquiátricos y orden público*. En L. Forti (Comp.). *La otra locura*. Tusquets Editor. Barcelona.
 - (1976) *Síntomas psiquiátricos y orden público*. En L. Forti (Comp.). *La otra locura*. Tusquets Editor. Barcelona. En ALVARO, J.L. (1992) *Desempleo y bienestar psicológico*. Siglo XXI. Madrid.
 - (1988) (1961) *Internados*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
 - (2006) *La identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
 - [2007 (1961)] *Internados*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- GODELIER, M. (1974) *Economía, fetichismo y religión en las sociedades primitivas*. Madrid: Editorial Siglo XXI.
- (1976) *Antropología y economía [Un domaine contesté: l'anthropologie économique, 1974]* Barcelona: Anagrama.
 - (1986) *La producción de los Grandes hombres. Poder y dominación masculina entre los baruya de Nueva Guinea [La Production des grands hommes. Pouvoir et domination masculine chez les Baruya de Nouvelle-Guinée, 1982]*. Madrid: Akal Universitaria.
 - (1998) *El enigma del don [L'énigme du don, 1996]*. Barcelona: Paidós.
- GÓMEZ, H. (1999) El consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones. *Salud pública Méx [serial on the Internet]*. 1999 May [cited 2010 Nov 08]; 41(3): 257-258. [On Line] http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341999000300014&lng=en. Doi: 10.1590/S0036-36341999000300014.
- GOLDSTEIN, J. (1978) *Agresión y crímenes violentos*. Ed. El Manual moderno, S. A.
- GOLEMAN, D., (1995) *Intelligence emocional*. Batam Books 1995 [Traducción castellana: *la ineligencia emocional*, Buenos Aires, Javier Vergara 1976]

- GOOD B & DEL VECCHIO, J. (1993) Learning medicine': the construction of medical knowledge at Harvard Medical School, pp. 81-107. In Lindenbaum y M Lock (edits.). Knowledge, power and practice. University of California Press, Berkeley.
- GOOD, J. (1994) Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective. Cambridge University Press, Cambridge.
- (1994) Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective. Cambridge University Press, Cambridge. En JUÁREZ, C. (2006) Ya no quisiera ni ser yo: La experiencia de la violencia doméstica en un grupo de mujeres y varones provenientes de zonas rurales y urbanas en México. [On Line] <http://www.tesisenxarxa.net/TDX-0621106-085209/index.html> Consultada [Enero 2008]
 - (2003) Medicina Racionalidad y Experiencia una perspectiva antropológica. Barcelona: Edicions Bellaterra S.L.
- GONZÁLEZ, J., CUIXART, I., MANTECA, H., CARBONELL, M., ARMENGOL, J., AZCON, MA. (2005) La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. Enfermería Global 2005;(7). [On line] <http://www.um.es/eglobal/7/07d07.html>
- GONZALEZ, J., ORERO, A, PRIETO J. (1997) Cumplimiento e incumplimiento terapéutico en el tratamiento antibiótico. JANO 1997; 53: 697-706.
- GONZÁLEZ, A. (2005) Informe sobre el estado del desarrollo de la Antropología de la procreación. Revista Periferia. Número 3, Diciembre 2005. 3ª versión. 9.01.06. [On Line] <http://revista-redes.rediris.es/Periferia/english/number3/periferia 3 0.pdf> Consultada [Agosto 2013]
- GOULDNER, A., W. (1960) The Norm of Reciprocity: A Preliminary.
- GRACIA, D. (1971) Medio siglo de psiquiatría española: 1885-1936. Cuad Hist Med Esp. 1971; 10:305-39.
- GRACIA, E. (1997) El apoyo social en la intervención comunitaria. E. Piados. Barcelona.
- GRACIA, R., (2003) Impulsividad. Ars Médica.
- GRADILLAS, V. (1998) La familia del enfermo mental: la otra cara de la psiquiatría. Editorial Dos Santos. Madrid.
- GRALNICK, A. (1974). El hospital psiquiatrico como instrumento terapéutico. Ed. Paidos. 1974.
- GREEMAN, M., McCLELLAN, T. (1991) Negative effects of a smoking ban on an inpatient psychiatric service. Hosp Community Psychiatry 1991; 42:408-441.
- GREENHALGH T., HURWITZ, B. (Eds) (1998) Narrative Based Medicine. London: BMJ Books.
- GUBMAN, G. D, TESSLER, R.C., WILLIS, G. (1987) Living with the mentally ill: factors affecting household complaints. Schizophr Bull 1987; 13: 727-736.
- GUDEMAN, S. (2001) The Anthropology of Economy. Oxford: Blackwell Publishers.
- GUIMON, MEZZICH, BERRIOS (1987) Diagnóstico en psiquiatría, Salvat, Barcelona p. 5. En MÁRTINEZ, A. (2000) P: 249. Citado en Perdiguero; Comelles: 2000.
- HÄFNER H., BÓKER, W. (1982) Crimes of Violence by Mentally Abnormal Offenders. A Psychiatric and Epidemiological Study in the Federal German Republic Cambridge University Press Cambridge.
- HALL, D., C. (1979) Documento básico sobre Enfermería. Copenhague: OMS oficina regional Europea.

- HALL, A., ROTER, D., KATZ, R. (1988) Met-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Yed. Care* 1988; 26:657-675.
- HAHN, R., KLEINMAN, A. (1983), *Biomedical Practice and Anthropological Theory, Frameworks and Directions*. *Ann. Rev. Antropol*, 12 pp. 305-333. En *Perdiguero, Comelles* 2000 *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 2000.
- HAHN, R. (1984) Rethinking <illness> and <disease>. *Contribution to Asian Studies*. en E. V. Daniel y J. F. Pough (eds), Pages 1–23 in. *South Asian System of Healing*, Leiden, Brill.
- HAMNER, B. (1997) Psychotic features and combat associated PTSD. *Depression Anxiety*, 5, 34-38.
- HAMNER, B., FRUEH, C., ULMER, N., HUBER, G., TWOMEY, J., TYSON, S., ARANA, W. (2000) Psychotic Features in Chronic Posttraumatic Stress Disorder and Schizophrenia: Comparative Severity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188 (4) 217-221.
- HARO, J. (2000) Cuidados profanos: una dimension ambigua en la atención de la salud. En *PERDIGUERO, E., COMELLES, J.M. (Eds) (2000) Medicina y Cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*. Edicions Bellaterra.
- HAYNES, B., TAYLOR, W., SACKETT, L., EDS. (1979) *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University
- HELMAN, C. (1984) *Culture, Health and Illness*. John Wright & Sons Ltd. U.S.A.
- HENDERSON, V. (1971) *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras, pp. 13-59.
- (1994) *La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill- Interamericana.
- HERNÁN, H. (2010) *Enfermedad Mental y Violencia en los Medios de Comunicación. ¿Una asociación ilícita?* *Quaderns de Psicologia* | 2010, Vol. 12, No 1, 95-107 ISSN: 0211-3481 [On Line] <http://www.quadernspsicologia.cat/article/view/738>
- HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ C., BAPTISTA, P. (2003) *Metodología de la investigación*. México. Editorial McGraw-Hill.
- HESZEN-KLEMENS, I. (1987) Patients' noncompliance and how doctors manage this. *Soc Sci Med* 1987; 24:409-416.
- HIDAY, V., SWANSON, J.; SWARTZ, M.; BORUM, R. & WAGNER, R. (2001): *Victimization: A link between mental illness and violence?* *International Journal of Law and Psychiatry*; 24 (6), 559-572.
- HOBSON, JA. (1994) *The chemistry of conscious states*. Little Brown, Boston.
- HODGES, B. (1995) *Interactions with the pharmaceutical industry: experiences and attitudes of psychiatry residents, interns and clerks*. *Can Med Assoc. J.* 1995; 153:553-9 En *López-Muñoz, Álamo*; 2006: 1205.
- HODGINS, S. (1998) *Epidemiological investigations of the association between major mental disorder and crime: methodological limitations and validity of the conclusions*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33(Suppl), 29-37.
- HODGINS, S., MEDNICK, S., BRENNAN, P., SCHULSINGER, F. y ENGBERG, M. (1996) *Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort*. *Archives of General Psychiatry*, 53, 489-496.

- HOGAN, P., AWARD, G., EASTWOOD, A. (1983) Self report scale predictive of Drug compliance in schizophrenics: reliability and predictive validity. *Psicol Med* 13:177-183.
- HOLMES J. (2000) Narrative in psychiatry and psychotherapy: the evidence? *J. Med Ethics*. 2000; 26:92-6
- HUERTAS, R., DEL CURA, M. (2004) Chiarugi versus Pinel. La carta abierta de Carlo Livia Bière de Boismont. *Frenia* 2004, IV: 109-133.
- (2009) Del pasado al presente. Salud mental y reforma psiquiátrica. Algunas reflexiones históricas. *Revista EIDON* nº 30, noviembre - febrero 2009. [On line] http://archive-es.com/page/145117/2012-07-17/http://www.fcs.es/docs/eidon/anteriores/eidon_30.pdf Consultada [Julio 2014]
- HUGHES, R. EDITOR (2009) Reducing restraints in health and social care: practice and policy perspectives. Londres: Quay Books; p. 5-19.
- HUGHES, JR. (1993) Possible effects of smoke-free inpatient units on psychiatric diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry* 1993; 54:109-114.
- IBAÑEZ, M. (2010) Repensando el concepto de trauma. Una redefinición desde los aportes del psicoanálisis relacional. *Revista Clínica en investigación relaciona (CEIR) Volumen 4 (3) Octubre 2011 pp. 542-561.* [On Line] http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V4N3_2010/04_JJMtnez-Iba%C2%A4ez_Repensando-Trauma_CeIR_V4N3.pdf Consultada [marzo 2013]
- IDOYAGA, A. y LUXARDO, N. (2003) Sistemas médicos y oncología. Reflexiones sobre las estrategias desarrolladas por usuarios de cuatro hospitales de buenos aires. *KALLAWAYA Nueva Serie* 10/11- Octubre 2003/04.
- INEKE, M., KIENHORST, W., DIEKSTRA, W. (1994) Suicidal behaviour in adolescents. Review article. Department of clinical and Health Psychology Leiden University, the Netherlands Feb-1994 pp 189-204.
- INFOCOP ON LINE. Destruyendo los mitos sobre los diagnósticos y los psicofármacos en salud mental. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3841 [Consultada Marzo 2013]
- JAHODA, M. [1980 (1958)] Current concepts of positive mental health. Arno Press. Nueva York (Trabajo original publicado en 1958).
- JANOFF-BULMAN, R. (1992) Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma. Nueva York, Free Press.
- (1992) Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma. Nueva York, Free Press. En RUIZ VARGAS, J. M. (2006). Trauma y memoria de la Guerra Civil y de la dictadura franquista. *Hispania Nova*, 6, 2006. HISPANIA NOVA. Revista de Historia Contemporánea. Número 6 (2006). Disponible On line <http://hispanianova.rediris.es/6/dossier/6d012.pdf> Consultada [Junio 2013]
- JAR, N. (2013) El nuevo manual de los trastornos mentales enfrenta a los psiquiatras. SINC, la ciencia es noticia. Servicio de Información y Noticias Científicas. BIOMEDICINA Y SALUD: Psiquiatría. Disponible On line. <http://www.agenciasinc.es/Reportajes/El-nuevo-manual-de-los-trastornos-mentales-enfrenta-a-los-psiquiatras> [Consultada Octubre 2013]
- JARNE, J., ARCH, M. (2009) DSM, salud mental y síndrome de alineación parental. Papeles del psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos, 30(1), 86-91. [On Line] <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1659.pdf>

- JEFFRIES, J.J. (1977) The trauma of being psychotic. A neglected element in the management of chronic schizophrenia? Canadian Psychiatric Association Journal, 22, 199-206.
- JENKINS, J. (1998) Diagnostic Criteria for Schizophrenia and Related Psychotic Disorders: Integration and Suppression of Cultural Evidence in DSM-IV. Transcultural Psychiatry. 1998; 35(3):357-76.
- JIMENEZ, C. (2007) Plantas medicinales. Dossier de medicina naturalista y fitoterapia. Universidad de verano de Lanzarote.
- JOLY, A. (1868) L'internement des fous sous l' Ancien Régime dans la généralité de Basse-Normandie. Caen, 1868.
- JUÁREZ, C. (2006) Ya no quisiera ni ser yo: La experiencia de la violencia doméstica en un grupo de mujeres y varones provenientes de zonas rurales y urbanas en México. [On Line] <http://www.tesisexarxa.net/TDX-0621106-085209/index.html>. Consultada [Enero 2008]
- JULYAN, TE. (2006) Exempting mental health units from smoke-free laws. Nicotine can have beneficial effects (letter). BMJ 2006; 333, 9: 551.
- KADUSHIN, CH. (1982) Social Density and Mental Health. En MARSDEN, P. V. LIN VAN. Social Structure and Network Analysis. Beverly Hill/ London/ New Delhi. Sege Publications (147-158).
- KARSENTI, B. (1994) Le fait social total, Marcel Mauss. Paris, Presses Universitaires de France.
- 1997, L'Homme total. Sociologie, philosophie et anthropologie de Marcel Mauss, Paris: Presses Universitaires de France.
- KISHORE, J. (2002) A dictionary of Public Health. New Delhi: Century Publications.
- KLEINMAN, A. (1980) Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University Press, En MORENO ALTAMIRO, L. Reflections on the health-illness-disease-care: a socio-anthropological view. Salud pública Méx. [Online] 2007, Vol. 49, no. 1 [cited 2007-03-16], pp. 63-70. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100009&lng=en&nrm=iso. ISSN 0036-3634. Consultada [Enero 2008]
- (1985) Interpreting Illness Experience and Clinical Meanings: How I See Clinically Applied Anthropology. Medical Anthropology Quarterly, vol. 16, núm. 3, pàg. 69-71.
 - (1986) Social Origins of Distress and Disease. Yale University Press. USA.
 - (1988) Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience. Pág.12. The Free Press, Nueva York
 - (1988a) The illness narratives. Sufferings, healing and the human condition. Basic Books, New York.
 - (1988b) Rethinking psychiatry: from cultural categorie to personal experience. The Free Press, New York.
 - (1988) En MARTICANO, L. (2004) Retos en la salud mental. Del siglo XXI en atención primaria. Novartis. Sociedad Española de Medicina rural y generalista SEMERGEN P: 48-49 [On line] <http://www.semergen.es/semergen2/microsites/manuales/inmigrante/diagnóstico.pdf>. Consultada [Febrero 2008]
 - (1988) En JUÁREZ, C. (2006) Ya no quisiera ni ser yo: La experiencia de la violencia doméstica en un grupo de mujeres y varones provenientes de zonas rurales y urbanas

en México. [On Line <http://www.tesisenxarxa.net/TDX-0621106-085209/index.html>. Consultada [Enero 2008]

- (1989) *The illness narratives suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books. 1989.
- (1994) *Pain and Resistance: The Delegitimation and Relegitimation of Local Worlds*. En DEL VECHIO GOOD, J. ET AL. *Pain as Human Experience. An anthropologic Perspective*, California, University of California Press, Berkeley, Ca. EUA 29-48.
- (1995) *Writting at the Margin. Discourse Between Anthropology ND Medicine*, University of California Press, Berkeley. Citado en Haro Encinas J. "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud" (En Perdiguero; Comelles: 2000)
- (2008) *The Normal, the Pathological, and the Existential*. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 49, núm. 2, pàg. 111-112.

KLEINMAN, A., & BENSON, P. (2004) *La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina*. *Monografías Humanitas*, 2, 17-26.

KLEINMAN, A., KLEINMAN, J. (2000) *Lo moral, lo político y lo médico: Una visión socio-somática del sufrimiento*. En GONZÁLEZ, E., COMELLES, J. M. (comp.) *Psiquiatría transcultural*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, p: 13-35.

KLEINMAN, A., EISENBERG, L., GOOD B. (1978) *Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*. *Annals Int Med* 1978; 88: 251-8. En URIBE, C. A., (1999) *Narración, mito y enfermedad mental: Hacia una psiquiatría cultural* *Revista Colombiana Psiquiatría*, Vol. XXVIII, Nº 3 1999 p: 219-209).

KLEINMAN, A., BENSON P., (2004) *La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina*. *Monografías Humanitas*, 2, 17-26. [On line] <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/sufrimmoral.pdf>

KESHAVAN, S., RABINOWITZ, J., DE ESMEDT, G., HARVEY, PD., SCHOOLER, N. (2004) *Correlates of insight in first episode psychosis*. *Schizophr Res*. 2004; 70(2-3):187-94.

KIRSCH, I. (2010) *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*. Basic Books, V226.

LACEY, K. (1994) *Trauma Redeemed. The Narrative Construction of Social Violence*. En *Interactive Oral History Interviewing*, Hillsdales, Lawrence Earlburn Associates, 1994, Págs. 31-46; LEWIS, J., FRASER, M. (1996) *Patches of Grief and Rage; Visitar Responses to the NAMES Project AIDS Memorial Quilt.*, En *Qualitative Sociology*, Vol. 19, No. 4, 1996, Págs. 433-451. [On Line] <http://res.uniandes.edu.co/view.php/150/indexar.php?c=Revista+No+13> Consultada [marzo 2013]

LAI, M., HONG, P., CHEE, Y. (2001) *Stigma of mental illness*. *Singapore Med J*; 42(3):111-114.

LAMO DE ESPINOSA, E., GONZÁLEZ, JM., TORRES C. (1994) *La sociología del conocimiento y de la ciencia*. Madrid, Alianza.

LAPLANCHE, J. (1976) *Life and Death in Psychoanalysis*, trad. Jeffrey Mehlman (Baltimore: Johns Hopkins University Press.

LAWN, S. (2005) *Cigarette smoking in psychiatric settings: occupational health, safety, welfare and legal concerns*. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39(10):886-891.

LAWN, S., POLS, R. (2005) *Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research*. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39:866-885.

- LAZARO, J. (1995) La reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatras. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 1995; 15:295-308.
- (1995a) Archivos de Neurobiología: Los setenta y cinco años de psiquiatría española. Arch Neurobiol. 1995; 58:13-30.
 - (2000) La evolución de la psicopatología española en el siglo XX. Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de febrero-15 de marzo de 2000 [citado 2 Feb. 2007]. Conferencia 34-CI-B. [On Line] <http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/>
 - (2000a) Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999). Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 2000; 20: 397-515.
- LAZARUS, S., FOLKMAN, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- LEACH, J., LEACH, E. (1983) The Kula. New Perspectives on Massim Exchange. Cambridge: Cambridge University Press.
- LE BRETON, D. (2004) Les passions ordinaires: anthropologie des émotions. París: Payot.
- LE BRETON, D. (1999) Las pasiones ordinarias: antropología de las emociones. Nueva vision.
- (1999a) Antropología del dolor. Barcelona, Seix Barral.
- LE BRUN, C. (1980) Conférence sur l'expression des passions, Nouvelle Redvue de psyachanalyse, nº 21, 1980.
- LEE, S., LEE, T., CHIU, Y., KLEINMAN, A. (2005) Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. Br J. Psychiatry 2005; 186:153–157.
- LEININGER, M. (1984) the esence of nursing and health. Thorofare, 1984; pp. 4-5. Citado en: Medina Moya, J. L., (2000) Aprender a cuidar y cuidados profesionales: algunas reflexiones sobre la naturaleza política de la pedagogía y de la práctica del mundo. Ponencia presentada al XVII Congreso de Enfermería en salud Mental, Zaragoza 2000.
- LENO, D. (2006) Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Gazeta de Antropología Nº 22, Texto 22-32. [On Line] http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html
- LEVINE, E., GAW, C. (1995) Culture-bound Syndromes. Psychiatric Clinics of NorthAmerican, 18(3):523-536. Citado En: CORTÉS, D., C., URIBE, C., A. VÁZQUEZ, R. (2005) Etnografía Clínica y narrativas de Enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. Revista colombiana de psiquiatría. [En línea] vol.34, no.2, pp. 191-192. Bogotá Apr./June 2005. p. 190- 218. [On Line] <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/806/80634203.pdf> Consultada [Febrero 2008]
- LÉVY, P. (2003) ¿Qué es un espacio antropológico? Multplicidad de los espacios de significación. Inteligencia colectiva 8. Por una antropología del ciberespacio. [On Line] <http://inteligenciacolectiva.bvsalud.org/channel.php?channel=1&content=17> Consultada [Junio 2013]
- LIMA, M. (2009) Principals àmbits de recerca en Infermeria. Ponencia presentada al I seminario Internacional de Investigación en Enfermería. Universitat Rovira Virgili Tarragona Març 2009.
- LINK, G., PHELAN, C. (2001). Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology, 27, 363-385. En Mazuela G.(2007) La construcción social del estigma. [On Line] gttvih.org/actualizate/lo_mas_positivo/LMP36_construccion_social_del_estigma. Consultada [enero, 2009]

- LIPSON, G. (2000) Cultura y Cuidados de Enfermería. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2000; 28-29. Disponible On line. En <http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php> [Consultado el 8 de marzo 2007]
- LÓPEZ, L. (2006) El papel amarillo. En Diputació de Barcelona, 75è Aniversari Torribera. Pag. 35-38. Concurs de Narracions breus 2006.
- LÓPEZ, A. (1996) El análisis de contenido. En Ferrando M. G., Alvira F. (1989) El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Compilación. Madrid: Alianza, pp. 383- 414.
- LÓPEZ, M. (1996) Las teorías intuitivas de la medicina. Rev. Gen. De Aplic. 96, 49 (1). 111-125
- LÓPEZ-MUÑOZ, C. (2005) Historia de la farmacología, De los orígenes a la medicina científica: sobre los pilares biológicos del nacimiento de la psicofarmacología. Editorial Médica Panamericana. Tomo I.
- LÓPEZ-MUÑOZ, ÀLAMO, C. (2006) Historia de la psicofarmacología. La consolidación de los psicofarmacología como disciplina científica: Aspectos éticos-legales y perspectivas de futuro. Editorial Médica Panamericana. Tomo III.
- LÓPEZ F., ALAMO, E. (2007) La “Década de Oro” de la Psicofarmacología (1950-1960): trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. Psiquiatría.com. 2000; 4(3). Disponible en Rev Electrónica: <http://www.psiquiatria.com>.
- LÓPEZ M., MOLINA J.D., ÀLAMO C. (2007) Lafora y origen de la neuropsiquiatría biológica española.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F., ÀLAMO C. (2006) Neuron theory, the cornerstone of neuroscience, on the centenary of the Nobel Prize award to Santiago Ramón y Cajal. Brain Res Bull. 2006; 70: 391-405.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F., ÀLAMO C., GARCÍA-GARCÍA, P., BOYA, J. (2006) Relevancia histórica de la teoría neuronal un siglo después del Nobel de Cajal: Implicaciones psiquiátricas y psicofarmacológicas. Psiq Biol. 2006; 13:167-82.
- LOPEZ, M., ET AL (2008) La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. 2008, vol.28, n.1 [citado 2015-09-03], pp. 48-83. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0211-5735.
- LOURAU, R. (1970) L'analyse institutionnelle, Minuit, (Trad. cast. Amorrortu, 1975). En Psiquiatr Biol. 2007; 14:108-20. vol.14 núm 03. [On line] <http://www.elsevier.es/es/revistas/psiquiatria-biologica--46/lafora-origen-neuropsiquiatria-biologica-espa%C3%B1ola-13107413-historia-psiquiatria-2007> Consultada [enero, 2009]
- LOZANO, B. (2003) En el aniversario de Erving Goffman (1922-1982) Reis 102/03 pp. 47-61. Universidad Complutense de Madrid. [On Line] <http://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=767062&orden=108098>. Consultada [enero, 2009]
- LOZOYA, X. (1989) La medicina tradicional en la realidad político-social de México. Ciencias Revista de difusión [On Line] <http://www.ejournal.unam.mx/cns/no14/CNS01404.pdf> Consultada [Septiembre 2008]
- LUTZ C., WHITE, M. (1986) The Anthropology of Emotions Annual Review of Anthropology, Vol. 15. (1986), pp. 405-436. [On Line]

http://www.faculty.umb.edu/gary_zabel/Courses/Spinoza/Texts/The%20Anthropology%20of%20Emotions.pdf Consultada [3 Abril 2012]

- LUTZ, C. (1988) *Unnatural Emotion: Everyday Sentiments on a Micronesian Atoll and Their Challenge to Western Theory*. Chicago: University of Chicago Press.
- MADRIGAL, M., ALMENARES, M. (1998) Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online]. 1998, vol.14, n.6 [citado 2013-08-17], pp. 554-559. [On Line] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251998000600008&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-3038 [Consultada marzo 2013]
- MALPICA, K. (2012) Las drogas tal cual... Drogas de psiquiatras. [On Line] <http://www.mind-surf.net/drogas/psiquiatras.htm> Consultada [17 Abril 2012]
- MARDOMINGO, J., CATOLIN-ZAMORA, L. (1992) Intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: características epidemiológicas. *An Esp Pediatr* 37, 1(29-32) 1992. En MARTINEZ J., A.
- MARDOMINGO, J., GIL, S. (1992) Acontecimientos vitales y trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. *An Esp Psiquiatr* 1992; 8 (5):195-8. En MARTINEZ, A., MORACEN, I., MADRIGAL, M., ALMENARES, M. (1998) Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil. *Rev Cubana Med Gen Integral* [online]. 1998, vol.14, n.6 [citado 2013-08-17], pp. 554-559. [On Line] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000600008&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-3038 Consultada [Agosto 2013]
- MÁRQUEZ, M.I. (2010) De las narrativas de la locura: ¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí? Aproximación a las narrativas de enfermedad en una unidad de salud mental. *Periferia: revista de investigación y formación en antropología*, (12) ,4. [On Line] <http://ddd.uab.cat/pub/periferia/18858996n12a5.pdf> Consultada [Agosto 2013]
- (2010) Concepciones, percepciones y prácticas de la enfermedad mental. Aproximación a las narrativas de enfermedad en una unidad de salud mental". VIII edición del Premio de Investigación en Enfermería de Salud Mental. ANESM. XXVII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Logroño 14- 16 de Abril 2010. [On Line] <http://www.anesm.eu/descargas/de%20las%20concepciones%20percepciones.pdf> Consultada [Agosto 2013]
- MÁRQUEZ, MI., MOLINA, JL., UGALDE, M. (2007) Análisis de Redes Sociales desde una perspectiva antropológica: Aplicación práctica en investigación de Diagnósticos de Enfermería en Salud Mental. Congreso de Interpsiquis febrero 2007 Disponible On line. En: <http://www.psiquiatria.com>
- MÁRQUEZ, MI., GARCÍA, J. (2004) Diagnósticos de enfermería más frecuentes e la persona afecta de trastorno mental severo (TMS). Congreso internacional virtual de psiquiatria.com. Disponible On line. En: <http://www.psiquiatria.com> [Consultada Agosto 2010]
- MÁRQUEZ, MI., CABELLOS, I., PANIELLO, E. (2011) El lenguaje enfermero de las drogas, dominios, adolescencia y Salud mental. PRIMER ACCESIT DEL IX PREMIO DE INVESTIGACIÓN DE LA ANESM (Asociación de Enfermería de Salud Mental). XXVIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, celebrat a Tarragona, abril de 2011. A la VIII edició del Premio de Investigación en Enfermería de Salud Mental, convocat per la ANESM. Diponible On line En: <http://www.anesm.eu/contents/pianesm.php> Consultada [Agosto 2013]
- MÁRQUEZ, S. (2002) El cambio de prácticas. En J. Expósito (ed.) *El trabajo de gestión desde una Dirección Médica*. HUVN Granada.

- MÁRQUEZ, S., MENEU, R. (2007) La medicalización de la vida y sus protagonistas. Eikasia. Revista de Filosofía, II 8 (enero 2007). In line. Disponible en: <http://www.revistadefilosofia.org>
- MARTICANO JL. (2004) Retos en la salud mental. Del siglo XXI en atención primaria. Novartis. Sociedad Española de Medicina rural y generalista SEMERGEN P: 48-49 [On line] <http://www.semergen.es/semergen2/microsites/manuales/inmigrante/diagnóstico.pdf>. [Consultada Febrero 2008]
- MARTIN, B. (2002) the integration of Neurology, Psychiatry, and Neuroscience in the 21st Century. Am J Psychiatry. 2002; 159: 695-704.
- MARTINEZ, A. (1995) Síntomes, epistemes i antropòlegs furtius. Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia, núm. 8-9, pàg. 45-70.
- (1998) Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. Revista de la Asociación especialistas en Neuropsiquiatría vol. XVIII (68): 645-659.
 - (1998a) ¿Has visto como llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia. Barcelona, Publicacions Universitat de Barcelona.
 - (2000) Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura En PERDIGUERO, E., COMELLES, J.Mª (2000) Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra. Pág. 247-275.
 - (2002) El cuerpo imaginado de la modernidad. Debats, (Ejemplar dedicado a: El Cuerpo). Nº 79, 2002 págs. 8-17.
 - (2006) Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural. Cad. Saúde, río de Janeiro, 22(11) 2279- 2280.
 - (2008) Antropología médica, Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Anrhpos.
- MARTINEZ-PEREZ, J. (2005) Nuevas respuestas a una conducta desviada: sobre los fármacos en el tratamiento de la locura durante el siglo XIX. En: López-Muñoz F, Álamo C. editores. (2005) Historia de la Psicofarmacología, Tomo I. De los orígenes a la medicina científica: sobre los pilares biológicos del nacimiento de la psicofarmacología.
- MARTÍNEZ-TENORIO, N., HERNÁNDEZ-DAZA, M., CHÁVEZ-DUEÑAS, M. (2007) Niveles de agresividad e impulsividad en pacientes psiquiátricos de un hospital de tercer nivel. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2007; 40(2): Abr.-May: 35-40. [On Line] <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2007/nnp072a.pdf> Consultada [Agosto 2013]
- MARICHAL, F., QUILEZ, N. (2000) La Organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. Psicothema, Vol. 12 Nº 3 pp: 458-465. [On Line] <http://156.35.33.98/reunido/index.php/PST/article/view/7618> [Consultada Octubre 2012]
- MAUSS, M. (1924) Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques Sociologie et anthropologie, L'Année Sociologique.
- (1971) Sociología y Antropología. Precedido de una introducción a la obra de Marcel Maus por Claude Lévy-Strauss. Colección de ciencias sociales. Serie de sociología. Madrid Ed. Tecnos.
 - (1979) [1923-24], Ensayo sobre los dones, motivo y forma del cambio en las sociedades primitivas. En Sociología y antropología. Madrid Ed. Tecnos.

- MECHANIC, D. (1962) The Concept of Illness Behavior. En J Chronic Dis; 15,189-194.
- (1972) Social Psychologic Factors Affecting the Presentation of Bodily Complaints. En N Engla J Med; 286, 1132-140.
 - (1978) Medical Sociology. Second Edition. The Free Press. A Division of Macmillan Publishing Co., Inc New York.
 - (1995) Sociological Dimensions of Illness Behavior. En Social Science and Medicine; 41, 1207-1216.
- MECHANIC, D., VOLKART, E. (1960) Illness Behaviour and Medical Diagnoses. En J Health Hum Behav 1960; 1, 86-94.
- MEDINA, JL. (2000) Aprender a cuidar y cuidados profesionales: algunas reflexiones sobre la naturaleza política de la pedagogía y de la práctica del mundo. Ponencia presentada al XVII Congreso de Enfermería en Salud Mental, Zaragoza.
- MÉNDEZ, M. (2000) Los rostros y los efectos del medicamento. Un análisis cultural. FERMENTUM. Mérida-Venezuela-ISSN 0798-3069- Año 10 N° 29- Septiembre-Diciembre-2000-513-538.
- MENÉNDEZ, L. (1978) El modelo médico y la salud de los trabajadores. En Basaglia, F., ET AL. La salud de los trabajadores. México: Nueva Imagen, pgs: 11-53. En Comelles J. M. De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revision conceptual. III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud Teruel, Septiembre de 1997. [On Line] <http://www.naya.org.ar/articulos/med01.htm> [Consultada Febrero 2008]
- (1982) Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes, pp.4-52. In EL Menéndez (edit.). Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular. Casa Chata/CIESAS, México.
 - (1984 a) Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonia y autoatención (gestión) en salud. Ciesas, México
 - (1984) Descripción y análisis de las representaciones y prácticas de grupos domésticos sobre la mortalidad en niños menores de cinco años en una comunidad de Guanajuato. Ministerio de Salud, México.
 - (1990b) Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. Casa Chata-Ciesas, Col. Cuadernos de la Casa Chata.México.
 - (1992) Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del treoricismo al movimiento continuo. Cuadernos Médico-Sociales 59:3-18.
 - (1994) La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades 4(7): 71-83.
 - (2002) La parte negada de la cultura. Edicións Bellaterra, Barcelona.
 - (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência & Saúde Coletiva 8(1): 185-207. Rio de Janeiro. Disponible [On Line] En <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>. [Consultada Junio 2013]
 - (2010) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria [texto en línea] Segundas jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires 1988. [On Line] <http://hvn21.netfirms.com/indice/sevicios/biblio/Salud%20Publica/Salud%20P%Fablica%20II/Men%E9ndez%20%20Modelo%20M%E9dico%20Hegem%F3nico%20y%20APS.pdf> [consultaDA: Noviembre 2010]

- MERLEAU, M. (1999) Fenomenología de la percepción, Editorial Altaya, Barcelona.
- R. MERTON, R. (1957) Social theory and social structure. Glencoe, l11. Free Press, p: 131- 60. En GOLDSTEIN, H. J. (1978) Agresión y crímenes violentos. Ed. El Manual moderno, S. A.
- (1964) La profecía que se cumple a sí misma. en Teoría y estructura social (Fondo de Cultura Económica, México), 1964.
 - (1976) The Unanticipated consequences of Social Action, en Sociological Ambivalence and Other Essays (The Free Press, Nueva York).
- MESTER, R., TOREN, P., BEN-MOSHE, Y., WEIZMAN, A. (1993) Survey of smoking habits and attitudes of patients and staff in psychiatric hospitals. Psychopathology 1993; 26(2):69-75.
- METHA, R., ET AL. (1997) Experience-dependent, asymmetric expansion of hippocampal place fields. Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A. 94, 8918–8921.
- METHA, I., & FARINA, A. (1988) Associative stigma: Perceptions of the difficulties of college-aged children of stigmatized fathers. Journal of Social and Clinical Psychology, 7, 192–202.
- MINGOTE, C., REQUENA, M. (2008) El malestar en los jóvenes. Contexto, raíces y experiencias. Ed. Díaz de Santos pág. 99.107.
- MINTZES, B. (2002) Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience. BMJ 2002; 324: 908-11.
- MIROWSKY, J., ROSS, C., E. (1989) Social causes of psychological distress. Aldine de Gruyter. Nueva Cork.
- MISCHEL, W., (1971) New York Post. Novembrer 26. En GOLDSTEIN, H. J. (1978) Agresión y crímenes violentos. Ed. El Manual moderno, S. A. p: 53.
- MOLERO A., NATHZIDY G. (2010) Manuales y textos de psicofarmacología: una revisión. Rev. SUMMA Psicológica UST 2010, Vol. 7, No 1, 121 – 130. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3294984> Consultada [17 Abril 2012]
- MOLINA, JL., & VALENZUELA, H. (2006) Invitación a la antropología económica. Dossier. [On line] http://revista-redes.rediris.es/recerca/jlm/docencia_archivos/manual_ae.pdf Consultada [Marzo 2014]
- (2007) Invitación a la antropología económica. Bellaterra.
- MONCHABLÓN, A. (1996) Breve reseña histórica de los tratamientos biológicos. Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 1996; 4(16):403-8. [On line] http://www.alcmeon.com.ar/4/16/a16_09.htm
- MONNEROT, J. (1946) Les faits sociaux ne sont pas des choses. París, Gallimard, 1946.
- MONTES, M^a J. (2009) A propósito de Dina. En Comelles et al. 2009. Enfermería y antropología: padeceres, cuidadores y cuidados. Ed. Icaria Institut Català d' Antropologia. Pág: 17-36.
- MORACEN, I., MADRIGAL, M., ALMENARES, M. (1998) Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil. Revista Cubana Med Gen Integral [online]1998, vol.14, n.6 [citado 2013-08-17], pp. 554-559. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000600008&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-3038 Consultada [Agosto 2013]
- MORALES, A. (1990). Psicofarmacología: Multiplicidad de enfoques. Revista de Psicología General y Aplicada, 43, 121-126.
- MORALES, M. (1995) Historia General de la Psiquiatría. Anales Psiquiatría 1995; 11: 300-12.

- MORENO, F. (2011) Tema 3a Intercambio reciprocidad redistribucion. En FLORIDO, D. (2014) Tema 3. Economías de Subsistencia. 3b. Comercio y moneda. [On line] http://personal.us.es/dflorido/uploads/Actividad%20docente/AEconomica/Tema3a_Intercambio_reciprocidad_redistribucion.pptx Consultada [Marzo 2014]
- MORON, A. (2006) El protocolo. En Diputació de Barcelona, 75è Aniversari Torribera. Pag. 63-66. Concurs de Narracions breus 2006.
- MORRISON, A.P., FRAME, L., LARKIN, W. (2003) Relationship between trauma and psychosis: a review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 331-353.
- MOYNIHAN, R. (2003) The making of a disease: female sexual dysfunction. *BMJ* 2003; 326: 45-7.
- MOYNIHAN, R., HEALTH, I., HENRY D. (2002) Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886-90.
- MUEHRER, P. (2000) Research on adherence, behavior change, and mental health: A workshop overview. *Health Psychology*, Vol 19(3), May 2000, 304-307.
- MUESER, T., TRUMBETTA, L., ROSENBERG, D., VIVANDER, R., GOODMAN, B. (1998) Trauma and PTSD in several mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 493-499.
- NANDA INTERNATIONAL. Defining the knowledge of Nursing. [On line] <http://www.nanda.org/> Consultada [Agosto 2014]
- NAROTZKY, S. (2004) Antropología económica. Nuevas tendencias, Barcelona: Melusina.
- NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE (2002) ¿Qué es la medicina complementaria y alternativa? [On line] www.nccam.nih.gov .EEUU, Octubre.
- NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE (2011) DrugFacts: La comorbilidad entre la adicción y otros trastornos mentales [On line] <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-comorbilidad-entre-la-adiccion-y-otros-trastornos-mentales> Consultada [Agosto 2008]
- NATIONAL INSTITUTES HEALTH (NIH) (2001a) Adherence to potent antiretroviral therapy. En: Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infection adults and adolescents. Reprint April, 23.
- NATIONAL INSTITUTES HEALTH (NIH) (2001b) Specific issues of adherence for –infected children and adolescents HIV. En: Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection. Report Aug 8.
- NICÓLAS, M^a P. (2006) Torribera: la meva primera experiència. En Diputació de Barcelona, , Concurs de narracions breus (pp 25-29).
- NOVELLA, E. (2002) Psiquiatria y filosofía: un panorama histórico y conceptual. *Revista FRENIA. Tendencias*. Vol. II- 2-2002 (7-31).
- NUNNALLY, J. (1957) A Comparison of the opinion of experts and the public with mass media presentations. *Behavioral Science*, 2, 222-230.
- NUNNALLY, J. (1962) Popular conceptions of mental health. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 134 (4), 380.
- OGDEN, J., NYBLADE, L. (2005) Common at its core: HIV and AIDS-related stigma across contexts. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS, ED. (2004) Nuevas directrices de la OMS para fomentar el uso adecuado de las medicinas tradicionales. Comunicado de prensa. [On

- line] <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/es/index.html>
Consultada [Febrero 2008]
- (2007) La OMS utiliza Internet para revisar la clasificación internacional de enfermedades. [On line] <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr13/es/> Consultada [Febrero 2008]
- OFICINA REGIONAL DE LA OMS PARA EUROPA, ED. (2008) Informe sobre la definición del vocablo enfermería Asociación Española de Enfermería Docente http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/documentos_aec/comunicado_06_documento.pdf Consultada [Marzo 2008]
- ORTIZ, C., & CALDERÓN, G. (2006) Aspectos conceptuales de la agresión: Definición y modelos explicativos. Theoretical issues on aggression: Concept and models. ACCIÓN PSICOLÓGICA, junio 2006, vol. 4, n.o 2, 7-38. [On line] https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4487/violenciajuvenil1.pdf Consultada [Agosto 2008]
- ORTONY, A., TURNER, J. (2004) What's basic about basic emotions o un jugo un Hugo un. Psychological Review, vol. 97 nº 3 1990. En LE BRETON, D. 2004. Les passions ordinaires: anthropologie des émotions. París: Payot.
- OSORIO, M. (2001) Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México, INI/CIESAS/CONACULTA/INAH, colección de Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana.
- OSTERWEIS, M.; KLEINMAN, A., MECHANIC, D. (1987) Illness Behavior and the Experience of Pain. En Pain Disability. National Academy Press, Washington, D.C.
- PACHECO, G. (2009) Concepto de Salud Mental On line en Psicomed- Salud Mental <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/saludmental.html> [Consultada Enero 2009]
- PAÉZ, D. (1986). Salud mental y factores psicosociales. Editorial Fundamentos. Madrid.
- PALLARÉS, A. (2009) Una etnógrafa en la UCI. 8 En Comelles et al. 2009. Enfermería y antropología: padeceres, cuidadores y cuidados. Ed. Icaria Institut Català d' Antropologia. Pág. 85- 111.
- PARSONS, T. (1951) The Social System. Glencoe, IL: Free Press.
- (2003) The Social System, Glencoe, Illinois: The Free Press, 1951. En Sobrino A. 2003 Evolución de la relación médico-paciente en los últimos 100 años. Revista Clínica Electronica en Atención Primaria [On line] <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/sumario2.php>. Consultada [Octubre 2007]
 - (1982) El sistema social. Madrid: Alianza (Traducción del original en inglés The Social System. New York Free Press)
- PAPATAXIARCHIS, E. (1994) Émotions et stratégies d'autonomie en Grèce égéenne. Terrain, núm. 22, marzo, pp. 5-20.
- PATOLOGÍA DUAL (2009) Rev. Infonova. Julio/Agosto 2009 15(2) [On line] <http://www.dianova.es/docs/infonova/Infonova15.pdf>.] Consultada [Agosto 2010]
- PENZO, W. (1990) Licenciatura. Psicología médica. Serie Manuales básicos. Barcelona: Salvat, 1990.

- PERDIGUERO, E., COMELLES, J.M^a. (eds) (2000) Medicina y Cultura: Estudios entre la antropología y la medicina. Edicions Bellaterra.
- PERDIGUERO, E. (1997) Healing alternatives in Alicante, Spain, in the late nineteenth and late twentieth centuries. En: Gijswijt-Höfstrat M, Marland H, De Waardt H, editors. *Illness and healing alternatives in Western Europe*. London: Routledge, 1997; p. 205-23.
- (2004) El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar. *Gaceta Universitaria*. Mayo 2004. Volumen 18 - Número Supl.1 p. 140 – 145. [On line] <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13062263> [Consultada febrero 2008]
 - (2002) Con medios humanos y divinos: la lucha contra la enfermedad y la muerte en Alicante en el siglo xviii. *Dynamis* 2002; 22:121-50.
- PERRIN, M. (2008) Enfoque antropológico sobre las drogas [1] *Revista Takiwasi Usos y abusos de sustancias psicoactivas y estados de conciencia*. Publicado en marzo 8, 200. [On line] <http://takiwasi.wordpress.com/2008/03/08/14-michel-perrin-enfoque-antropologico-sobre-las-drogas-1/> Consultada [Septiembre 2013]
- PESET, V. (1961) Una introducción a la historia de la psiquiatría en España. *Med Clin (Barc)*. 1961; 3:369-79.
- PIAGET, J. (1989) Les relations entre l' intelligence et l' affectivité dans le développement de l' enfant e Rimé, Scherer.
- PINFOLD, V. (2003) How can we make mental health education work? Example of a successful local mental health programme challenging stigma and discrimination. London: Rethink Publications.
- PISONERO, G. (2007) Los procesos comunicativos de la salud: La construcción de la experiencia de salud en el análisis concreto del desarrollo local del municipio Campo de Níjar (Almería). *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 1(2).
- PLUTCHIK, R. (1989) Measuring emotions and their derivatives. En PLUTCHIK, R., KELLERMAN, H., editors. (1989) *Measuring emotions of emotions*. San Diego: Academic Press. P: 1-36.
- POLANYI, K. (1957) Aristotle Discovers the Economy. In POLANYI, K., ARENSBERG C. & PEARSON, H., (eds.), *Trade and Market in the Early Empires*. Chicago: Henry Regnery, 64-94.
- (1968) *Primitive, archaic, and modern economies; essays of Karl Polanyi*. Garden City, N.Y., Anchor Books.
 - (1968a) *The Economy as Instituted Process*, in George Dalton (ed.), *Primitive, Archaic and Modern Economies: Essays of Karl Polanyi*. Boston: Beacon Press, 139-174.
 - (1968b) *Our Obsolete Market Mentality*. in DALTON, G. (ed.), *Primitive, Archaic and Modern Economies: Essays of Karl Polanyi*. Boston: Beacon Press, 59-77.
 - (1992) *La gran transformación. Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo [The Great Transformation. The Political and Economic Origins of our Time, 1944]*. México: FCE.
- POLANYI, K., ARENSBERG, C., PEARSON H., W., (1976). *La economía como actividad institucionalizada. Comercio y mercado en los imperios antiguos [Trade and Market in the EarlyEmpires, 1957]*. Barcelona: Labor.
- PORTAL DE LA UNIÓN EUROPEA (2005) *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*, Octubre de 2005. [On line]

http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_es.htm
Consultada [Febrero 2008]

PORTER, R. (1989) Historia social de la locura, Barcelona, Crítica.

- 2003 Breve historia de la locura, Madrid, Turner / fce.

POSADA-VILLA, A., AGUILAR, A., MAGANA, G., ET AL. (2003) Prevalence of Mental Disorders and use of Services: Preliminary Results from of the National Study of Mental Health, Colombia, 2003. Revista Colombiana de Psiquiatría, July/Sept. 2004, vol.33, no.3 [cited 13 December 2008], p.241-262. [On line] http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474502008000200002&script=sci_arttext
Consultada [Diciembre 2008]

PROSCHAKA, J., GILL, P., HALL, M. (2004) Treatment of tobacco use in an inpatient psychiatric setting. Psychiat Serv 2004; 55:1265-1270.

PROSCHASKA, J., FLETCHER, L., HALL, E., HALL, M. (2006) Return to smoking following a smoke-free psychiatric hospitalization. Am J Addict 2006; 15:15-22.

PSICOMED S.L. (1996-2008) Revisión del texto del DSM-IV (DSM-IV-TR) [On line] http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv_int_rev.html Consultada [febrero 2008]

RAHOLA, R., GARDE, M., COZZETTI, E., BLAUSTEIN, L., CORNELLÀ, J., & GRANELL, J. (2002) La Adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. Manual de salud reproductiva en la adolescencia Cap. I. Madrid: Sociedad Española de Contracepción.

RAMÍREZ, E. (2001) Antropología «compleja» de las emociones humanas. Revista Notas y discusiones. Isegoría /25 pp. 177-200 177. [On line] <http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/589/589> Consultada [Diciembre 2008]

RAPOPORT, A. (1978) Aspectos Humanos de la Forma Urbana. Hacia una confrontación de las Ciencias Sociales con el Diseño de la Forma urbana. Madrid: Colección Arquitectura/ Perspectivas. Gustavo Gili.

- (1990) Systems of Activities and Systems of Settings Amos Rapoport. En: KENT S., EDS. (1990).

- (1994) Spatial Organization and the built environment en INGOLD, Tim (Ed).

RECKLESS, W. (1973) American criminology: New directions. N. Y.: Appleton-Century-Crofts, p: 16-17. En GOLDSTEIN, H. J. (1978) Agresión y crímenes violentos. Ed. El Manual moderno, S. A.

REY, A. (1997) La psiquiatría en la España del siglo XIX. En: Aparicio Basauri V, compilador. Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España. Madrid: Libro del Año; 1997. p. 43-53.

RICOEUR, P. (2003) La memoria, la historia, el olvido. Trad. Agustín Neira (Madrid: editorial Trotta, 2003).

ROBINS, L., HELZER, J. (1986) Diagnosis and Clinical Assessment: The Current State of Psychiatric Diagnosis, Ann. Rev. Psychol, 37 pp. 409-432. En Martinez A.:2000. Pág: 249. Citado en Perdiguero; Comelles: 2000.

RODRIGUEZ, A. ROS, S. (2004) Los trastornos puros. En: ROS, S., PERIS, D., GRACIA, R. (2004) Impulsividad. Barcelona: Ars Médica. 1ª ed. Barcelona: Ars Medica, 2004. p. 81-99.

- RODRIGUEZ, MA., GARCÍA-JIMENEZ, E., AMARILES, P., RODRIGUEZ-CHAMORRO, A., FAUS, MJ. (2008) Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria* 2008; 40: 413-41.
- ROMANÍ, O. (1997) Etnografía y drogas: Discursos y prácticas. *Nueva Antropología*, 53, 39-66.
- ROMEY Y ASOCIADOS, Electroshock (electrochoque, terapia electro convulsivante, TEC). *Actualidad psiquiátrica y psicológica*. [On line] <http://www.drromeu.net/terapia-electro-convulsivante.html> Consultada [Diciembre 2010]
- RONCERO, C., BARRAL, C. (2009) El abordaje integrado en Patología Dual. 3/nov/2009. [On line] [Fecha de acceso: 8 de Noviembre 2010] http://www.psiquiatria.com/articulos/patologia_dual/44979
- ROS, S., PERIS, D., GRACIA, R. (2004) *Impulsividad*. Barcelona: Ars Médica.
- ROS R., ET AL (2001) Capítulo 1. La adolescencia: Consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. En BUIL, C., LETE, I., ROS, R., DE PABLO, JL. (2001) *Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos*. Sociedad Española de contracepción http://sec.es/descargas/AA_1999_Manual_Salud_Reproductiva_Adolescencia.pdf [On line] [Noviembre 2014]
- ROSALDO, M. (1980) *Knowledge and Passion: Ilongot Notions of Self and Social Life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ROSENBERG, V. (1990) *Language in the discourse of the emotions*.
- ROUSSEAU, J. (1866) *L'Emile; ou, De l'éducation*. Paris. Garnier Frères Libraires editeurs.
- RUÍZ, M. (1979) *La imagen de la locura. Actitudes de la población hacia la enfermedad mental*. CEPYD. España.
- RUIZ, J., IMBERNON, J. (1996) Sentirse mejor: cómo afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva. Julio de 1996. ESMD-UBEDA. [On line] www.psicologia-online.com Consultada [Febrero 2010]
- RUIZ VARGAS, M. (2006) Trauma y memoria de la Guerra Civil y de la dictadura franquista. *Hispania Nova*, 6, 2006. HISPANIA NOVA. Revista de Historia Contemporánea. Número 6 (2006). [On line] <http://hispanianova.rediris.es/6/dossier/6d012.pdf> Consultada [Junio 2013]
- SACRISTÁN, C. (2009) La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, Vol. 16, Nº 45 Enero- Abril 163-189 Escuela Nacional de Antropología e Historia. México. [On line] <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=35112428008> Consultada [Octubre 2012]
- SCHEFF, J. (1973) *El rol del enfermo mental*, Buenos Aires, Amorrortu.
- SCHIEFFELIN, L. (1983) Anger and Shame in the Tropical Forest: On Affect as a Cultural System in Papua New Guinea. *Ethos*, núm. 11, pp. 181-191
- SHARMA, U. (1992) *Complementary medicine today*. London: Routledge, ShandsHealthCare: 2008. [On line] http://www.shands.org/health/spanish/esp_ency/article/003258.htm Consultada [junio 2008]
- SAHLINS, M. (1963) Poor Man, Rich Man, Big Man, Chief; Political Types in Melanesia and Polynesia, en: *Comparative Studies in Society and History*, vol. 5, No.3, pp.285-303, Abril 1963. [On line] <http://tapera.info/textos/sahlins,hrhp.pdf> Consultada [Marzo 2014]
- (1972) *Stone Age Economics*. Chicago: Aldine Pub.

- SAILLANT, F. (2009) Cuidados, deseos vinculares y utopías terapéuticas: un análisis del concepto de caring. En Comelles et al, 2009. Enfermería y antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados. Icaria. Institut Català d'Antropologia. pág: 189-208.
- SAJATOVIC, M., VELLIGAN, I., WEIDEN, J., VALENSTEIN A., OGEDEGEBE, G. (2010) Measurement of psychiatric treatment adherence. *J Psychosom Res* 2010; en prensa.
- SERRES, M. (1972) J'habite une multiplicité d'espaces. *L'Interférence*, minuit, Paris. P. 151.
- SKEEM, L., MULVEY, P., APPELBAUM, S., ET AL. (2004) Identifying subtypes of civil psychiatric patients at high risk for violence. *Criminal Justice and Behavior*, 31(4), 392-437.
- SALVADOR, L., MELGAREJO, M. (2002) Cumplimiento terapéutico: El gran reto de la medicina del siglo XXI. *Ars Médica*. Barcelona.
- SAREEN, J., COX, J., GOODWIN, D. ASMUNDSON, G. (2005) Co-occurrence of Post-traumatic stress disorder with positive psychotic symptoms in a nationally representative sample. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (4), 313-322.
- SARTORIUS, N., SCHULZE, H. (2005) Reducing the Stigma of Mental Illness. A Report from a Global Programme of the World. *Psychiatric Association*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SAUTTER, J., CORNWELL, J., JONSON, J.J., WILEY, J., FARAONE, V. (2002) Family history of posttraumatic stress disorder with secondary psychotic symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1775-1777.
- SHORE, B. (1996) *Culture in Mind*. Cognition, culture and the problem of meaning, Oxford, Oxford University Press.
- SILVANA DE ROSA (1987) The social representations of mental illness. En W. Doise y S. Moscovici (Comps.). *Current issues in European social psychology*. Vol 2. Cambridge University Press. Cambridge.
- SIMON, D., (1997) Análisis antropológico de un hospital psiquiátrico rural. Publicado en: "Análise antropológica dun hospital psiquiátrico rural". En AA.VV.: "Antropoloxía da saúde". Consello da Cultura Galega. Santiago, 1997. [On line] http://www.ourensedixital.com/hospi_rural/ Consultada [Abril 2013]
- SOBRINO, A. (2003) Evolución de la relación médico-paciente en los últimos 100 años. *Revista Clínica Electronica en Atención Primaria*. [On line] <http://www.fbioseplaporte.org/rceap/sumario2.php>. Consultada [Octubre 2007]
- SPENCE, D. (1982) *Narrative and historical truth. Meaning and interpretation in psychoanalysis*. Nueva York, Norton, En FLORENZANO, R., GÓNZALEZ, I., ERRACURIZ, P., VENURA R., GIBBONS, A., BLÜMEL, B., MUÑIZ, C., MARTY, C., WEIL, K., CARVAJAL, C., (2005) Percepción de Funcionalidad Familiar y Trauma Infanto-Juvenil: un estudio cualitativo. *Revista de Psicología*, Vol. XIV, Nº 2: Pág. 79-92. 2005 [On line] <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewPDFInterstitial/17424/18182> Consultada [Agosto 2013]
- SPRADLEY, P. (1980) *Doing Participant Observation*. En: *Participant Observation*. New York. Holt, Rinehart&Winston. 53-62. citado en Valles, 1997:150, citado en Díaz 200a:4).
- STAROBINSKI, J. (1980) Le passé de l'émotion, *Nouvelle Revue de psychanalyse*. Nº 21, 1980.
- STRATHERN, M. (1975) *The Gender of the Gift. Problems with Women and Problems with Society in Melanesia*. Berkeley: University of California Press.

- STRUPP, S., HADLEY, W. (1977) A Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes with Special Reference to Negative Effects in Psychotherapy. *American Psychologist*. March 1977. 187-188-
- SURRALLÉS, A. (2009) De la intensidad o los derechos del cuerpo: La afectividad como objeto y como método. *Runa* [online]. 2009, vol.30, n.1, pp. 29-44. ISSN 1851-9628.
- SVARSTAD, B., CHEWNING, B., SLEATH, B., & CLAESSION, C. (1999) The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient education and counseling*, 37(2), 113-124.
- SWANSON, J., HOLZER C., GANJU, V., JONO, R. (1990) Violence and the psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(7), 761-770.
- SWANSON, W., SWARTZ, S., BORUM, R., HIDAY, A., WAGNER, R., BURNS, J. (2000) Involuntarian out, patients commitment and redution of violence behavior in persons with several mental illness. *British Journal of Psichiatria*, 176, 324-331.
- SZASZ, S. (1961) *The Myth of mental illness: foundation of a theory of personal conduct*. Ed. Harper. Nueva York, 1961 en Ruíz R. M.1979. *La imagen de la locura. Actitudes de la población hacia la enfermedad mental*. CEPYD. España.
- TALARN, ET AL. (2006) Propuestas de especificadores diagnósticos vinculados al estrés y el trauma: una aportación a la nosología psicopatológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 11 Nº 2 pp. 107-: 114.
- TAPADA, Mª T. (2002) Antropología, vivienda y realojamiento urbano: la necesidad de diseños arquitectónicos más flexibles y adaptados. Número 16 - Octubre 2002 - Revista Bimestral de la Fundación Secretariado General Gitano. *Gitanos, pensamiento y cultura*. Disponible en http://www.gitanos.org/revista/articulos/16a_fondo.htm [Consultada Abril 2013]
- TAUSSING, M. (1995) *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa.
- (1995) La reificación y la conciencia del paciente. En *Un gigante en convulsiones: El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa, pàg. 110-143.
- TEASDALE, B. (2009) Mental Disorder and Violent Victimization. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 513-535.
- TENDENCIAS 21 (2013) Breves 21: El nuevo manual diagnóstico de enfermedades mentales genera polémica. [On line] http://www.tendencias21.net/notes/El-nuevo-manual-diagnostico-de-enfermedades-mentales-genera-polemica_b5493829.html Consultada [Octubre 2013]
- TOOMBS, SK. (1987) The meaning of illness: a phenomenological approach to the patient-physician relationship. *Med Philos*. 1987; 12:219-40.
- TORRALBA, F. (2003) Enfermería y mutación paradigmática. XX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental; 2003; Alicante, España: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental.
- TORREGROSA, R., GARRIDO, A. (1992) Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Siglo XXI. Madrid. En ALVARO, J.L. (1992) *Desempleo y bienestar psicológico*. Siglo XXI. Madrid.
- TREUDLEY, B. (1946) Mental illness and family routines. *Ment Hygiene* 1946; 15: 407-418.

- TUCKER, J. (1998) Putting DMS-IV in Perspective. *The American Journal of Psychiatric*, 1998; 155(2):159-161.
- TURNER, V. (1980) (1967) *La selva de los símbolos*, Madrid, S. XXI.
- TUSQUETS, L., MURCIA, J. (1988) *Enfermedad mental y entorno urbano. Metodología e Investigación*. Anthropos. Barcelona
- TVERSKY, A., KAHNEMAN, D. (1981) The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*. 1981 Jan 30; 211(4481):453-8. [On line] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7455683> Consultada [Febrero 2008]
- UNIÓN EUROPEA (2005) *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*, octubre de 2005. [On line] http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_es.htm Consultada [Febrero 2008]
- UNIVERSIA CIENCIE (2002) *Salidas profesionales en medicina complementaria y alternativa: una visión de conjunto*. [On line] <http://nextwave.universia.net/salidas-profesionales/mma/MMA2.htm> Consultada [Junio 2008]
- URIARTE, JJ. (2005) *Violencia, enfermedad mental y estigma. Psiquiatra legal*. . [On line] <http://es.scribd.com/doc/72547211/cia-Enfermedad-Mental-y-Estigma> Consultada [Octubre 2012]
- URIBE, A. (1999) *Narración, mito y enfermedad mental: Hacia una psiquiatría cultural* *Revista Colombiana Psiquiatría*, Vol. XXVIII, Nº 3 1999 p: 219-209]
- (2003) *Magia, brujería y violencia en Colombia*. *Revista de Estudios Sociales*. 2003; 15:59-73.
- VALDÉS, R. *Etnografía de la producción y la circulación*". Comunicación no publicada.
- VALENCIANO, L. (1977) *El doctor Lafora y su época*. Madrid: Morata.
- VALIENTE, C., ET AL. (2006) *La fenomenología de la comorbilidad del trauma y la psicosis*. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología* 2006, Vol. 24, número 1-3, págs. 111-135. Andalucía Occidental y ISSN 0213-3334 Universidad de Sevilla
- VALVERDE, C. (2005) *Historias que cuentan: el caos en la narrativa del paciente crónico*. *Norte de salud mental* 2005; 22: 56-59. [On line] http://antigua.ome-aen.org/norte/22/NORTE_22_080_56-59.pdf Consultada [Agosto 2013]
- VENTURA, S. (2008) *Els bojos a Catalunya. 1850-2000*. Edicions Llibres 62 a l' abast. Barcelona.
- VERA, B. (2007) *Manicomios de cine: la representación de las instituciones mentales y sus procedimientos en la gran pantalla*. *Revista Medicina Cine3* (20007) 57-67.
- VILA, P., NÚÑEZ, S., & GARCÍA, V. (2008) *Construyendo intersecciones: aproximaciones teóricas y aplicadas en las relaciones entre los ámbitos del parentesco y la atención a la salud en contexto intercultural*. . [On line] <http://www.ankulegi.org/wp-content/uploads/2012/03/0801Piella-Vila.pdf> Consultada [Agosto 2013]
- VILLAGRAN, JL., ET AL (2013) *Análisis de la experiencia de prohibir el uso de tabaco en la Unidad de Agudos del Hospital de Jerez*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, Madrid, v. 33, n. 117, marzo 2013. [On line] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352013000100002&lng=es&nrm=iso Consultada [Mayo 2013]
- VILLANUEVA, P., PEIRÓ, S., LIBRERO, J., PEREIRO I. (2003) *Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals*. *Lancet* 2003; 361: 27-32.

- VILLATORO, J., GUTIERREZ, ML., QUIROZ, N., DÍAZ, M., GAYTÁN, L., GAYTÁN, F., VIRKKUNEN, M. (1976) Observations on violence in schizophrenia *Acta Psychiatr Scand* 1976; 50:145-151.
- WALSH, E., BUCHANAN, A., FAHY, T. (2002) Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 180, 490-495. Nd schizophrenia. British.
- WALLACE, C., MULLEN, P., BURGESS, P. (2004) Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 716-727.
- WARR, P. (1987) *Work, unemployment and mental health*. Oxford University Press. Oxford.
- WAZANA, A. (2000) Physicians and the pharmaceutical industry. Is a give ever just a gitt? *JAMA*, 2000; 283: 373-80.
- WEIDEN, J., RAPKIN, B., MOT, T., ZYGMUNT, A., ET AL (1994) Rating of Medication Influences (ROMI). Scale in schizophrenia. *Schiz Bull.* 1994; 20:297-310.
- WEINER, A. (1976) *Women of Value, Men of Renown: New Perspectives in Tobriand Exchange*. Austin: University of Texas Press.
- (1992) *Inalienable Possessions: The Paradox of Keeping-while-Giving*. Berkeley: University of California Press.
- WESSELY, S. (1997) The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 170(Suppl. 32), 8-11.
- WHITAKER, R. (2011) *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. Crown, 404 pp.
- WILLIAMS, S. (2001) *Emotion and Social Theory*, Londres, SAGE. WILLIAMS, A. (2007). Smoke-free mental health units. *Br J Psychiatry*; 190:449-450.
- WOLFGANG, M. (1973) Patterns in criminal homicide p: 143-167) GOLDSTEIN, H. J. (1978) *Agresión y crímenes violentos*. Ed. El Manual moderno, S. A.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2001) [On línea] Página web. The world health report 2001, mental health: new understanding. New Hope: Geneva. <http://www.who.int/whr/2001/en/>> Consultada [Febrero 2008]
- WORDREFERENCE.COM Diccionario de la lengua española [On line] <http://www.wordreference.com/definicion/loco> Consultada [Febrero 2008]
- YOSTON G., HAW, C. (2009) Historical perspectives on restraint. En Hughes R. editor. *Reducing restraints in health and social care: practice and policy perspectives*. Londres: Quay Books; p. 5-19.
- YOUNG, A. (1982) The Antropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285. [On line] <http://arjournals.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.an.11.100182.001353>> Consultada, [Febrero 2008]
- YOUNG, A., CAMPBELL, Z., ZAKZAINS, K., WEINSTEIN, E. (2003) A comparison between an interview and a self-report method of insight assessment in chronic schizophrenia. *Schizophr Res.* 2003; 63:103-109.

16.- ANEXOS

ANEXO 16.1.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y apellidos _____

Familiar y o profesional de _____ declaro que, antes de firmar, he sido informado por el investigador/a, de en qué consiste el estudio, metodología de trabajo y finalidad para llevarlo a cabo.

Dadas las circunstancias del estudio no existen efectos perjudiciales que puedan derivarse del mismo y, al prestarme voluntariamente para participar puedo abandonarlo en el momento que no desee continuar.

Los datos y resultados del estudio serán confidenciales y usados sólo a efectos de la investigación. Mi identidad será mantenida en todo momento en la confidencialidad.

Habiendo sido informado doy mi consentimiento para participar en el programa, he leído, firmado y recibido una copia del impreso.

Autorización de grabadora Si No

Barcelona a ____ de ____ de 2009

Firma del Entrevistado

Firma de Entrevistador

ANEXO 16.2.- GUÍA DE ENTREVISTA

DIAGNÓSTICO	¿Cómo llama o denomina al problema de salud que tiene?
ETIOLOGÍA	¿Por qué motivo ha ingresado? ¿Cuál cree que es la causa de su problema de salud?
SINTOMATOLOGÍA	¿Qué síntomas presenta? Además de las molestias o síntomas que ya tiene, la medicación que toma ¿le produce otros síntomas?
TRATAMIENTO	¿Qué significa la medicación para Vd.?
PSICOFARMACOLOGICO	¿Sabe qué fármacos toma? ¿Para qué sirven? ¿Conoce los efectos positivos que tienen? y ¿los efectos secundarios? De la lista que le enumeraré dígame si tiene algún problema con los medicamentos:
Breve cuestionario de Medicación (BMQ)	<ul style="list-style-type: none"> • Abrir y cerrar el bote de medicamentos • Leer la letra impresa en el bote • Recordar tomar las pastillas • Conseguir los medicamentos a tiempo • Tomar tantas pastillas al mismo tiempo <p>¿Cómo le funcionan los medicamentos? ¿Nota mejoría desde que toma la medicación?</p>
Cumplimiento terapéutico (Escala ROMI)	<p>¿Cuál es la principal razón por la cual esta vd. dispuesto a tomar medicamentos? ¿Cree en la necesidad de tomarla?</p> <p><u>I.- Razones para tomar el medicamento</u></p> <p>¿Cree que el medicamento le ayuda a sentirse mejor? ¿le ha dicho su médico que tome su medicación? ¿le ha influenciado la relación con el médico que le prescribe la medicación? ¿Hay alguien de la familia o un amigo que cree que vd.</p>

debería de tomar medicamento?

¿Cree que el medicamento previene el regreso de su enfermedad o síntomas?

¿Le presiona o le fuerza su familia a tomar el medicamento?

¿Tiene miedo a ser hospitalizado?

¿Siente que el medicamento le ayuda a alcanzar ciertas metas o aspiraciones en la vida?

¿En comparación con otras medicinas, ésta tiene menos efectos secundarios?

II- Razones para no tomar el medicamento

¿Cree que el medicamento le ayuda a sentirse mejor?

¿Le afecta la mala relación que tiene con su médico?

¿Alguien cuya opinión es importante para vd. está en contra de que tome el medicamento?

¿Tiene dificultad para obtener visitas con su médico o para obtener su medicación?

¿Se siente avergonzado por tomar medicamentos?

¿Preferiría tomar drogas o alcohol? ¿Utiliza algún tipo de medicina alternativa, medicina popular, remedios caseros? ¿Las conoce?

¿Cree que no tiene una enfermedad mental?

¿Cree que actualmente no necesita el medicamento?

¿Le son muy perturbadores los efectos secundarios del medicamento?

¿Siente que el medicamento interfiere en alcanzar ciertas metas o aspiraciones en la vida?

¿Cree que hay gente que nota que está bajo los efectos del medicamento?

En general ¿está dispuesto a tomar medicación, o más bien no?

Conciencia de
enfermedad y
adherencia

<p style="text-align: center;">Seguimiento</p>	<p>¿Qué tratamiento cree que debe seguir? O ¿Cómo cree que deber ser tratado su problema de salud?</p> <p>¿Quién controla la medicación? ¿Vd? ¿Su familia?</p> <p>¿Crees que la medicación conlleva un estigma social?</p> <p>¿La medicación le implica relaciones negativas con la familia?</p> <p>¿Cree que tomar medicación es estar enfermo?</p> <p>Abandonar la medicación por Vd. ¿Podría generar una recaída?</p> <p>¿Cree que podría curarse sin medicación? ¿Cree que la medicación cura?</p> <p>¿Esta de acuerdo con el tratamiento que le están dando? ¿Es el adecuado según su punto de vista?</p> <p>¿Cree que la enfermedad que tiene comporta un tratamiento a largo plazo para evitar recaídas?</p>
<p style="text-align: center;">CURSO Y EVOLUCION</p>	<p>¿Cuál cree que es el curso y evolución de la enfermedad que padece? o ¿Cómo cree que puede cursar su enfermedad?</p>
<p style="text-align: center;">AVD</p>	<p>¿Qué problemas se encuentra en casa, en relación con su familiar? ¿Con las AVD?,</p> <p>¿Qué rutinas sigue normalmente?...</p>

ANEXO 16.3.- BRIEF MEDICATION QUESTIONNARI (BMQ), (Breve cuestionario de la medicación)

Este test autorreferido es una herramienta validada para la valoración de la adherencia. Fue validado mediante el uso de MEMS. Este test consta de 3 subescalas (Tabla 3) y un complejo procedimiento de valoración (Tabla 4); en la primera incluye un análisis del régimen farmacológico de 7 preguntas que sondan Cómo implantar un servicio de ayuda al cumplimiento en una farmacia comunitaria

Muestra de items del Breve Cuestionario de Medicación (BMQ).

1. Por favor, enumere todos los medicamentos que tomó la semana pasada. Para cada medicamento enumerado, por favor responda a las siguientes preguntas (a-g).

a. Nombre del medicamento.

b. ¿Cuántos días lo tomó usted?

c. ¿Cuántas veces al día lo tomó?

d. ¿Cuántas pastillas tomó cada vez?

e. ¿Cuántas veces dejó de tomar una pastilla?

f. ¿Por qué razón la tomaba usted?

g. ¿Cómo le funcionan los medicamentos? (1= bien, 2=normal, 3=mal)

a)_____ b)____ c)____ d)____ e)____ f)_____ g)_____

2. ¿Le molesta de algún modo alguno de sus medicamentos? SI____ NO____

a. SI RESPONDE SI, por favor indique debajo el nombre del medicamento y cuánto le molesta.

¿Cuánto le molesta?

Medicamento Mucho Algo Un poco Nada ¿De qué modo le molesta?

3. Debajo hay una lista de problemas que la gente puede tener a veces con sus medicamentos. Por favor, indique cómo le afecta cada uno de los siguientes.

Mucho Algo Nada ¿Qué medicamento?

a. Abrir o cerrar el bote de medicamentos. _____

b. Leer la letra impresa en el bote. _____

c. Recordar tomar todas las pastillas. _____

d. Conseguir sus medicamentos a tiempo. _____

e. Tomar tantas pastillas al mismo tiempo. _____ al paciente sobre la toma de la medicación en la semana anterior a la realización del test, en la segunda subescala se realiza un análisis de las creencias de 2 preguntas que interrogan sobre la eficacia y los efectos adversos de los medicamentos y la tercera consta de 2 preguntas que analizan la memoria y la potencial dificultad de recordar el régimen de la medicación. La validación varía según el tipo de incumplimiento; así el análisis del régimen y de las creencias tiene una sensibilidad del 80-100% para la no adherencia de repetición, mientras que el análisis de memoria tiene una sensibilidad del 90% para la no adherencia esporádica. Por tanto, este test autorreferido puede ser útil para supervisar la adherencia en los pacientes en que se identifica que necesitan ayuda con su medicación, de forma que permite analizar la adherencia y sus barreras. Esta escala parece ser más sensible que otros cuestionarios existentes y puede ser útil en la identificación y el diagnóstico de problemas de adherencia. Una respuesta positiva, en cualquier pregunta de cada subescala, resulta en el análisis correspondiente ser considerada como potencial no adherente. Para clasificar a un paciente como adherente debe tener una puntuación de 0, siendo 11 el valor máximo de la escala BMQ.

12. Otros test más específicos: existen otra serie de test que son más específicos para ciertas patologías. Así, dos escalas usadas en esquizofrenia son Neuroleptic Dysphoria (ND) y Drug Attitude Inventory (DAI). La ND consiste en una entrevista semi-estructurada de cuatro preguntas:

- "¿Cómo te encuentras con la medicación?"

- "¿Te afecta el pensamiento?"

Procedimiento de valoración del test BMQ.

Análisis del régimen (preguntas 1a-1e)

- ¿El paciente falló en identificar su medicación en la pregunta inicial?1= sí 0= no

- ¿El paciente paró o interrumpió la terapia debido a una reposición tardía

de la medicación o alguna otra razón?1= sí 0= no

- ¿El paciente relató alguna omisión de día o de dosis?1= sí 0= no

- ¿El paciente disminuyó la cantidad prescrita por dosis?1= sí 0= no

- ¿El paciente tomó alguna dosis suplementaria o más medicación de la prescrita?1= sí 0= no

- ¿El paciente respondió "no sé" a alguna pregunta?1= sí 0= no

- ¿El paciente rechazó contestar a alguna pregunta?1= sí 0= no

NOTA: Resultados ≥ 1 indican potencial incumplimiento.

Análisis de creencias (preguntas 1g y 2-2a)

- ¿El paciente contestó "mal" o "no sé" en respuesta a la pregunta 1g?1= sí 0= no

- ¿El paciente indicó el nombre de algún medicamento que le molestara?1= sí 0= no

NOTA: Resultados ≥ 1 indican posibles barreras en las creencias.

Análisis de memoria (preguntas 1c y 3c)

- ¿El paciente recibe un régimen múltiple de dosis (2 o más veces al día)?1= sí 0= no

- ¿El paciente respondió "mucho" o "algo" en la pregunta 3c?1= sí 0= no

NOTA: Resultados ≥ 1 indican posibles barreras en la memoria.

ANEXO 16.4.- ARTÍCULO

Destruyendo los mitos sobre los diagnósticos y psicofármacos en salud mental

Daniel Carlat, conocido psiquiatra de EE.UU., en su obra titulada *Unhinged: The Trouble with Psychiatry—A Doctor's Revelations About a Profession in Crisis* (Los trastornados: El problema con la psiquiatría- las revelaciones de un médico relacionadas con una profesión en crisis), aporta un interesante punto de vista sobre las causas y consecuencias de la incorporación de los psicofármacos en la psiquiatría. Con una asombrosa mirada crítica hacia la profesión a la que pertenece, Carlat explica los intereses que impulsaron el cambio en la conceptualización de los trastornos mentales, en la década de los 80, hacia un modelo exclusivamente bioquímico, así como la nefasta influencia que ha supuesto la industria farmacéutica en la práctica de la psiquiatría. Según detalla en su libro, estamos inmersos en una época que él denomina como "el frenesí de los diagnósticos psiquiátricos" y que se evidencia en la constante incorporación de nuevos trastornos mentales en cada edición del DSM (manual de la Asociación Americana de Psiquiatría que establece los criterios de diagnóstico para todos los trastornos mentales), y en el increíble aumento de diagnósticos de enfermedad mental, no sólo en adultos, sino, lo que es más grave, en niños y adolescentes, con el consiguiente uso generalizado e indiscriminado de psicofármacos en estas edades, a pesar de los graves riesgos que conllevan.

Los intereses que motivaron el cambio de paradigma en la consideración de los trastornos mentales. Carlat reconoce que la historia de la psiquiatría experimentó un notable cambio tras la introducción de los psicofármacos en la década de 1950 y su posterior expansión en la década de 1980. Hasta esa fecha, la psiquiatría mostraba poco o escaso interés en los aspectos biológicos de la enfermedad mental. Por el contrario, se suscribía a la concepción freudiana de que la enfermedad mental tiene sus raíces en conflictos inconscientes, por lo general, desarrollados en la etapa infantil.

En el momento en que se lanzaron al mercado los psicofármacos, apoyados en la idea de que el trastorno mental está causado principalmente por un desequilibrio químico en el cerebro que puede ser corregido, esta teoría empezó a ser ampliamente aceptada por los medios de comunicación, el público general y la profesión médica. No obstante, Carlat considera que los esfuerzos realizados para cambiar el paradigma de la psiquiatría hacia un modelo bioquímico, fueron deliberados y promovidos por diferentes agentes que se beneficiaron de este cambio, situando en el punto de mira a la Asociación Americana de Psiquiatría y a las compañías farmacéuticas, pero también a otros grupos de interés.

La psiquiatría estaba especialmente interesada en introducir el modelo bioquímico de la enfermedad mental, explica Carlat, ya que la medicalización de la psiquiatría que este modelo defendía, situó a esta rama de la medicina a la altura del resto de especialidades médicas, identificándola, sin lugar a dudas, como una disciplina científica. Además, los psiquiatras, al ser doctores en medicina y representar la autoridad legal para la prescripción de psicofármacos, pasaron a ocupar el primer puesto en la intervención de la enfermedad mental -relegando a

otros profesionales dedicados a la intervención en salud mental a puestos auxiliares-. Con la introducción de los psicofármacos, los psiquiatras comenzaron a referirse a sí mismos como "psicofarmacólogos", mostrando menos interés en la exploración de las historias de vida de sus pacientes y centrandose en eliminar o reducir los síntomas mediante medicamentos capaces de alterar la función cerebral. Este cambio coincidió en el tiempo con el proceso de elaboración de la tercera edición del DSM por parte de la Asociación Americana de Psiquiatría. Tal y como narra Carlat, el responsable de la coordinación de este proyecto, Robert Spitzer, se propuso que ese manual representase "una defensa del modelo médico aplicado a los problemas psiquiátricos", a diferencia de las dos anteriores ediciones del DSM, publicadas en 1952 y 1968, que reflejaban la visión freudiana de la enfermedad mental y eran poco conocidas fuera del ámbito de la psiquiatría. Esta tercera edición del DSM introdujo, de esta manera, un nuevo modelo para establecer el diagnóstico de la enfermedad mental, con la finalidad de dar consistencia (o "fiabilidad") a este proceso, es decir, asegurarse de que diferentes psiquiatras que vieran al mismo paciente mostrarían su acuerdo en el diagnóstico. Para ello, cada trastorno mental fue definido sobre la base de una lista de síntomas y se determinó un umbral numérico (por ej., 5 síntomas de una lista de 10) para asignar el diagnóstico al paciente. Este proceso de decisión fue determinado por grupos de expertos. En palabras del propio presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría en aquel momento: con el DSM-III se pretendía "dejar claro, a cualquiera que tuviera dudas, que la psiquiatría es una especialidad médica".

El DSM-III, además de suponer un importante "lavado de imagen" de la psiquiatría, se desarrolló, tal y como argumenta Carlat, para justificar el uso de fármacos psicoactivos. La presidenta de la APA del año pasado, Carol Bernstein, lo reconoció de hecho: "fue una medida necesaria en la década de 1970" (...) "para facilitar la concordancia diagnóstica entre los médicos, científicos y autoridades reguladoras, dada la necesidad de ajustar los pacientes a los tratamientos farmacológicos de reciente aparición".

Gracias a estos cambios, el DSM-III se convirtió en la "Biblia de la psiquiatría", comenzando a universalizarse su uso en todos los ámbitos: comunidad de psiquiatras, compañías de seguros, hospitales, tribunales, prisiones, escuelas, equipos de investigación, agencias gubernamentales y otros colectivos médicos. Sin embargo, el desarrollo del DSM-III (y de las posteriores ediciones de este manual) no ha estado exento de polémica. Spitzer recibió críticas por situar en el grupo de trabajo del DSM-III exclusivamente a psiquiatras que "estaban de acuerdo con él" (tal y como el propio Spitzer manifestó a los medios) y recibió quejas sobre las pocas reuniones que convocó y su forma de trabajar poco coherente y prepotente. En un artículo de 1984 titulado "Las desventajas del DSM-III son mayores que sus ventajas" (The Disadvantages of DSM-III Outweigh Its Advantages) George Vaillant, profesor de psiquiatría de la Escuela Médica de Harvard, manifestó que el DSM-III representaba "una serie de decisiones atrevidas basadas en suposiciones, preferencias, prejuicios y expectativas". Tal y como señala Marcia Angell, en la revisión que hace de la obra de Carlat en la publicación *The New York Review of Books*: "el DSM no sólo se había convertido en la biblia de la psiquiatría, sino, al igual que la Biblia de verdad, dependía en gran medida de algo parecido a la revelación. No hay citas de los estudios científicos que apoyan las decisiones. Esto es una omisión sorprendente, ya que en todas las publicaciones médicas, ya sea artículos de revistas o libros de texto, se supone que las afirmaciones están apoyadas en las citas de estudios científicos publicados (...) El problema con el DSM es que en todas sus ediciones ha reflejado simplemente las opiniones de sus autores".

A medida que la psiquiatría se convirtió en una especialidad basada en la administración de fármacos, la industria farmacéutica no tardó en ver las ventajas de formar una alianza con la profesión psiquiátrica, argumenta Carlat. Las compañías farmacéuticas comenzaron a prodigar

su atención y generosidad hacia este colectivo, a través de regalos, contratos como consultores y conferenciantes, invitaciones a comidas, ayudas para asistencias a congresos y conferencias... Según los datos proporcionados por este autor, alrededor de una quinta parte de la financiación de la Asociación Americana de Psiquiatría proviene ahora de las compañías farmacéuticas. Cuando en EE.UU. se implementaron "Las Leyes de Transparencia" (Sunshine laws), que requieren que las compañías farmacéuticas informen de todas las retribuciones realizadas a médicos, se constató que los psiquiatras constituían el colectivo que más dinero recibía en comparación con el resto de especialidades.

La razón principal para establecer esta fuerte alianza con la psiquiatría radica, según Carlat, en que los diagnósticos en salud mental, "son subjetivos y ampliables (...). A diferencia de las enfermedades que se tratan en la mayoría de las otras ramas de la medicina, no se dispone de signos objetivos o pruebas clínicas de enfermedad mental (no hay datos de laboratorio o de resonancia magnética) y los límites entre lo normal y lo patológico no están claros. Esta circunstancia hace que sea posible ampliar las fronteras del diagnóstico o incluso crear nuevos diagnósticos, algo que sería imposible, por ejemplo, en un campo como el de la cardiología. Y las compañías farmacéuticas están plenamente interesadas en persuadir a los psiquiatras para promover precisamente esto".

Cuando el DSM-III se publicó en 1980, contenía un total de 265 categorías diagnósticas (frente a las 162 de la edición anterior). El DSM-III fue sustituido por el DSM-III-R en 1987, el DSM-IV en 1994, y la versión actual, el DSM-IV-TR (texto revisado) en el año 2000, que cuenta con 365 diagnósticos. "Con cada edición posterior", escribe Daniel Carlat, "el número de categorías de diagnóstico se multiplica, y los manuales empiezan a ser más voluminosos y más caros. Cada manual diagnóstico se ha convertido en un best seller de la APA, y el DSM supone una de las principales fuentes de ingresos de la organización". El DSM-IV ha supuesto la venta de más de un millón de copias. Y la carrera continúa, señala Carlat con preocupación. Actualmente se está desarrollando la quinta revisión del DSM, cuya publicación está prevista para el próximo año. Al igual que con las ediciones anteriores, parece que la amplia constelación de trastornos mentales existente va a ser todavía mayor. En concreto, además de nuevas categorías, los límites del diagnóstico se van a ampliar para incluir a los precursores de las enfermedades, como por ejemplo, "el síndrome del riesgo de psicosis" y "el deterioro cognitivo leve" y el término "espectro" se va a utilizar para ampliar los casos dentro de las categorías, a través de "los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo" o "los trastornos del espectro de la esquizofrenia". Incluso Allen Frances, presidente del grupo de trabajo del DSM-IV, se ha mostrado muy crítico con la expansión de diagnósticos que está prevista en el DSM-V. En un artículo del *Psychiatric Times* del 26 de junio de 2009, Frances escribió: "el DSM-V será una bonanza para la industria farmacéutica, pero a costa de un enorme sufrimiento para los nuevos pacientes falsos positivos que queden atrapados en la excesiva amplia red del DSM-V".

Esta misma semana, hemos tenido conocimiento que el DSM-V también se ha propuesto convertir la timidez y la rebeldía en nuevos trastornos mentales, lo que ha provocado la oposición de miles de profesionales de la salud mental, que han iniciado una campaña de recogida de firmas solicitando la anulación de estas propuestas.

2. La psiquiatría: una profesión en crisis.

Carlat realiza una dura crítica a la profesión de la psiquiatría, a la que califica como "una profesión en crisis", desmitificando la figura de este profesional. Al igual que la mayoría de otros psiquiatras, Carlat basa su intervención en proporcionar tratamiento farmacológico, no psicológico, y es sincero acerca de las ventajas de esta manera de proceder: permite ver a más

pacientes en menos tiempo, aumentando el rendimiento económico. Por otro lado, Carlat no considera que la psicofarmacología sea especialmente complicada, y mucho menos precisa, aunque al público se le hace creer que los psiquiatras son unos expertos científicos: "Esta concepción exagerada de nuestras capacidades ha sido alentada por las compañías farmacéuticas, por los mismos psiquiatras y por las expectativas de nuestros pacientes", defiende. Según manifiesta Carlat, el trabajo de los psiquiatras consiste en realizar una serie de preguntas a los pacientes sobre sus síntomas para ver si encajan con alguno de los trastornos mentales del DSM. Este ejercicio de correspondencia, añade, ofrece "la ilusión de que entendemos a nuestros pacientes, cuando lo único que estamos haciendo es asignarles etiquetas". A menudo los pacientes cumplen los criterios para más de un diagnóstico, ya que hay una superposición de síntomas."Abordamos los síntomas principales con tratamiento farmacológico, y otros fármacos se suceden para tratar los efectos secundarios", por lo que, tal y como observa Carlat en su quehacer diario, un paciente típico acaba tomando un antidepresivo para la depresión, otro fármaco para la ansiedad, otro para el insomnio, otro para la fatiga (que se manifiesta como efecto secundario del antidepresivo) y otro para la impotencia (también un efecto secundario del antidepresivo). En cuanto a los propios medicamentos, Carlat escribe que en el amplio espectro de psicofármacos "sólo hay un puñado de categorías paraguas", dentro de las cuales los medicamentos no son muy diferentes los unos de los otros. Carlat afirma que no hay una razón de fuerza mayor para elegir entre unos y otros. "En un grado notable, nuestra elección de los medicamentos es subjetiva, incluso al azar". Y, concluye: "Tal es la psicofarmacología moderna: guiados exclusivamente por los síntomas, probamos con diferentes fármacos, sin una concepción real de lo que estamos tratando de arreglar, o de cómo los medicamentos están funcionando. Me asombro constantemente de que resultemos tan eficaces para tantos pacientes".

3. Las consecuencias del frenesí de los diagnósticos psiquiátricos.

Si bien Carlat considera que los psicofármacos pueden resultar efectivos en algunos casos, se opone firmemente al uso excesivo y abusivo que se hace de ellos y a lo que él llama el "frenesí de los diagnósticos psiquiátricos". Como él mismo dice, "si le preguntas a cualquier psiquiatra en la práctica clínica, incluyéndome a mí, si los antidepresivos funcionan en sus pacientes, se escuchará un inequívoco: sí. Vemos que la gente está mejorando todo el tiempo". No obstante, Carlat se pregunta posteriormente si lo que realmente está sucediendo podría ser resultado de un efecto placebo activo (como ha demostrado Irving Kirsch con su línea de investigación) y añade: "si los psicofármacos no son tan buenos como parece -y la evidencia señala que no- ¿qué pasa con los propios diagnósticos? A medida que se multiplican con cada edición del DSM, ¿qué vamos a hacer con ellos?". A Carlat le preocupa, por encima de todo, el incremento de diagnósticos psiquiátricos en la infancia, donde algunos trastornos aparecen y desaparecen influidos más bien por modas pasajeras que por datos avalados por la evidencia, lo que ha provocado que hoy en día sea extremadamente difícil encontrar a un niño de dos años "que no sea irritable a veces", o un niño de quinto curso "que no presente algún problema de atención". No obstante, la gravedad de la situación radica en la consecuencia directa de este frenesí de diagnósticos psiquiátricos a estas edades: la consiguiente prescripción de fármacos en niños, algunos de ellos con efectos devastadores. "La industria farmacéutica influye en los psiquiatras a la hora de recetar psicofármacos, incluso para los grupos de pacientes en los que los medicamentos no han demostrado ser seguros y eficaces", señala Carlat con consternación Kirsch (2010), Robert Whitaker (2011) y Carlat (2010)

ANEXO 16.5.- TABLA COMPARATIVA

DSM-IV-TR Y DSM-V

1. Tabla comparativa entre DSM-IV-TR y DSM-5

<i>DSM-IV-TR (2002)</i>	<i>DSM-5 (2013)</i>
Principales categorías	Principales categorías
<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos normalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, niñez y adolescencia 2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos 3. Trastornos mentales debidos a una alteración médica general no clasificados en otros apartados 4. Trastornos relacionados con sustancias 5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 6. Trastornos del estado de ánimo 7. Trastornos de ansiedad 8. Trastornos somatoformes 9. Trastornos facticios 10. Trastornos disociativos 11. Trastornos sexuales y de identidad de género 12. Trastornos alimentarios 13. Trastornos del sueño 14. Trastornos del control de impulso no clasificados en otros apartados 15. Trastornos adaptativos 16. Trastornos de la personalidad 17. Otros problemas que pueden ser objeto de de atención clínica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos del neurodesarrollo 2. Trastornos de la eliminación 3. Trastornos neurocognitivos 4. Trastornos relacionados con sustancias y otras adicciones 5. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 6. Trastornos depresivos 7. Trastornos bipolares y trastornos asociados 8. Trastornos de ansiedad 9. Trastorno obsesivo Compulsivo y trastornos asociados 10. Trastornos relacionados con el trauma y estresores 11. Trastorno por síntomas somáticos y trastornos asociados 12. Trastornos disociativos 13. Trastornos de la alimentación 14. Disfunciones sexuales 15. Trastornos parafilicos 16. Disforia de genero 17. Trastornos del sueño-vigilia 18. Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta 19. Trastornos de la personalidad 20. Otros trastornos mentales 21. Trastornos del movimiento inducidos por la medicación 22. Otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica

2. Resumen de los cambios fundamentales

En cuanto a la **estructura global**, de los 17 grandes epígrafes del DSM-IV-TR se pasan a 22 (los trastornos sexuales se dividen en 3 grupos distintos –*Disfunciones sexuales*, *Trastornos Parafilicos* y *Distoría de Género*-, el TOC y trastornos asociados emerge como una categoría nueva, el Trastorno Bipolar se convierte en una categoría separada del resto de los trastornos del estado de ánimo y se incluye la de Trastornos del movimiento inducidos por la medicación).

En la **evaluación multiaxial** se pasa de 5 ejes a 3 ejes (estructura ya utilizada en la CIE-10). En el eje 1 se recogen los trastornos mentales, los trastornos de la personalidad, el retraso mental y las enfermedades médicas. En el eje 2 se recoge una medida de afectación del funcionamiento (la *WHODAS 2.0 en lugar de la GAF al considerar esta más completa*). En el eje 3 se recogen otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica.

La apuesta por una **aproximación dimensional** en la evaluación de todos los trastornos es otro punto a destacar del DSM-5, si bien se siguen utilizando los diagnósticos categoriales al considerar prematuro -con la evidencia científica disponible- plantear definiciones dimensionales para todos los trastornos propuestos.

