

SUMARIO

EDITORIAL [pág. 1]

Atender y reconocer a los servicios básicos:

COLABORACIONES [pág. 4]

La tarea y los liderazgos en los equipos asistenciales.

Ana Mena Pérez y Aurora Doll

Deconstruyendo mandatos de género en narrativas terapéuticas.

Cristina Polo Usaola

El trato horizontal como "cura" del abuso de poder.

Amaya Villalonga Alba

Reflexiones críticas en torno a las prácticas de rehabilitación.

Inmaculada Liébana Gómez

Encuentros y desencuentros entre la vaca-loca y el pato-lógico.

Leonel Dozza de Mendonça

HEMOS LEÍDO... [pág. 29]

"Contrapsicología: De las luchas antipsiquiátricas a la psicologización de la cultura", de Roberto Rodríguez (ed).

Carlos M. Jordán Cristóbal

EL PANÓPTICO [pág. 30]



Fuente: dibujostrashumanantes.blogspot.com.es

AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

Boletín núm. 42 INVIERNO año 2018

BOLETÍN
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA
DE SALUD MENTAL

JUNTA DIRECTIVA 2015-2018
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA DE SALUD
MENTAL (A.E.N.)

AMSM

PRESIDENTE

Iván de la Mata Ruiz

VICEPRESIDENTA

María Alonso Suárez

SECRETARIO

Miguel Ángel Martínez Barbero

TESORERA

Marta Carmona Osorio

VOCAL DE PUBLICACIONES

José Morales Zamorano

VOCALES

Eva Muñoz Giner

Alberto Ortiz Lobo

Agustina Crespo Valencia

Angel Luis Lucas Sanz

COMITÉ EDITORIAL DEL BOLETÍN

Maite Climent Clemente

Belén González Callado

Carmen Cañada Gallego

Mariano Hernández Monsalve

FE DE ERRATAS

En la imagen de la portada del anterior Boletín (41) en papel
debía figurar **“Ilustración Original: Carol Caicedo”**



Editorial

ATENDER Y RECONOCER A LOS SERVICIOS BÁSICOS



Fuente: elpais.com

“Los Servicios Sociales, la Atención Primaria y los Centros de Salud Mental son servicios básicos interdependientes con valores y culturas en el fondo parecidas...”

“...la red de salud mental no puede gestionarse con modelos de organización jerárquicos en las que decisiones pasen por los intereses personales de los jefes de servicios hospitalarios...”

Los servicios que prestan la atención cercana a los ciudadanos como la atención primaria, los servicios de atención social primaria y los centros de salud mental sufren un mal paroxístico mediante el cual viven en un estado estable de abandono y olvido que solo se interrumpe cuando los responsables de las políticas sanitarias y sociales elaboran planes grandilocuentes. En ese momento paroxístico planificador los servicios básicos son interpelados con significantes vacíos como “modelo comunitario” y son condecorados con el honroso título de ser “el eje del sistema”. Pasado este zenit de propaganda vuelven a su estado habitual de desbordamiento sin norte. Los Servicios Sociales, la Atención Primaria y los Centros de Salud Mental son servicios básicos interdependientes con valores y culturas en el fondo parecidas dentro de su campo de acción específico (accesibilidad, longitudinalidad, territorialidad y polivalencia). Sin embargo, dentro del sistema sanitario la Atención Primaria y los Centros de Salud Mental parecen seguir cursos paralelos en los que la retórica de la administración nada tiene que ver con los hechos. Circunstancias que nos hablan de su falta de crecimiento presupuestario frente a los servicios hospitalarios y su pérdida de autonomía y capacidad de resolución, su falta de reconocimiento.

Los CSM son los que soportan la mayor parte de la atención, pero paradójicamente son los dispositivos más vulnerables. Desde el año 2006 los recursos humanos de los CSM se han congelado¹, lo que unido a la situación precaria de la Atención Primaria y Servicios Sociales y a la demanda creciente de la población, explicaría ya de por sí su saturación actual. Hemos señalado reiteradamente la carencia de profesionales, sobre todo de enfermería, trabajo social, terapia ocupacional y psicológica clínica en los CSM que impiden un adecuado funcionamiento de los programas de continuidad de cuidados y de las intervenciones psicoterapéuticas. Pero no solo el abandono presupuestario explica la crisis de los equipos de los CSM. La Red de Salud Mental en Madrid ha carecido siempre de un modelo de organización formal y de una verdadera Política. Esta ausencia supuso que cuando se integraron los CSM, en el año 2011, en las gerencias hospitalarias lo hicieran de la peor forma posible². Una red compleja de dispositivos como la red de salud mental no puede gestionarse con modelos de organización jerárquicos en las que decisiones pasen por los intereses personales de los jefes de servicios hospitalarios, apoyados por unas gerencias hospitalarias, cuya cultura es la de la gestión de lo agudo y la medicina tecnificada. Sin órganos colegiados de gestión de la Red los jefes de servicio de psiquiatría concentran cada vez más poder. Porque salvo excepciones, la mayoría de los que ocupan las jefaturas de servicio actuales no vienen de una cultura asistencial comunitaria.

Lo que está sucediendo con los jefes o responsables de los CSM es un emergente de esta situación de falta de reconocimiento de este dispositivo: se les obliga a situarse en un plano jerárquicamente inferior frente a los jefes de servicio hospitalarios en función de su rango de jefe de sección; desaparece esta figura en muchos CSM cuando éstos se jubilan; y no tienen ninguna posibilidad de acceder a las jefaturas de servicio cuando se convocan las plazas gracias a unos tribunales diseñados ad

1) Informe de la AMSM sobre la Evolución de Recursos de Salud Mental 2000-2015 en la Comunidad de Madrid. En <https://amsm.es/2016/05/14/informe-sobre-evolucion-de-recursos-de-salud-mental-de-la-comunidad-de-madrid-2000-2015/>

2) Informe de la AMSM sobre la Atención a la Salud Mental en Madrid. Septiembre de 2014. En <https://amsm.es/2014/09/18/informe-de-la-amsm-sobre-la-atencion-de-salud-mental-en-madrid-septiembre-2014/>

“...la aparición de hospitales de gestión privada supuso la creación de un territorio sin control donde los CSM privatizados fueron condenados a su desmantelamiento...”



Fuente: cursosdesanidad.es

“En un contexto de precariedad generalizada, desde un punto de vista de distribución de recursos su voracidad es el hambre del resto”

hoc por el propio hospital. El CSM, como eje de la asistencia, no puede vivir sin una jefatura diferenciada de la que dependa funcionalmente el equipo multiprofesional. Así vemos con relativa frecuencia como profesionales de los CSM son desplazados a realizar consultas en los hospitales o la adscripción de nuevos profesionales se hace en función de las necesidades del propio servicio hospitalario o se amortizan las plazas. A esto hay que añadir otros dos elementos claves para entender la situación de conjunto. Por un lado la integración ha desdibujado aún más el papel de la Oficina Regional de Salud Mental que pierde todas sus competencias de gestión sobre los CSM, abandonándolos al arbitrio de las gerencias y perdiéndose la visión general de necesidades y de “mínimos consensuados” en la gestión. Y por otro, la aparición de hospitales de gestión privada supuso la creación de un territorio sin control donde los CSM privatizados fueron condenados a su desmantelamiento, conservando apenas el nombre, situación de la que nadie se responsabiliza pese a que atienden a un tercio de los madrileños.

Esta distonía de la mirada de los responsables de la administración y de los gerentes de los hospitales les impide dirigir la vista hacia donde está el problema y el margen de mejora. El funcionamiento y de las necesidades del conjunto de los dispositivos de la Red dependen en último término de lo que se suceda en los CSM, desde las urgencias hospitalarias, UHB, media y larga estancia hasta los recursos de rehabilitación. Y las respuestas que se van construyendo desde esta miopía no paran de acrecentar el problema: consultas monográficas de determinadas patologías en los hospitales sin que haya una justificación técnica (lo específico vende a nivel político en una sanidad mercantilizada); consultas de alta resolución para “limar” la listas de espera; más camas de larga estancia; consultas de psicología en atención primaria con un modelo biomédico de atención aguda o el traspaso de los cuidados domiciliarios a la red de rehabilitación, por poner algunos ejemplos.

Quizás, donde se expresa simbólicamente con más claridad este problema de no reconocimiento de los servicios básicos y cercanos, por la gravedad de la situación, es en la atención a la población infanto-juvenil. Las listas de espera para una cita de evaluación sobrepasan en muchos CSM los seis meses (se acercan al año en algunos casos), repercutiendo también en el seguimiento y en las actividades de coordinación y/o comunitarias. A la vez crecen las urgencias de los menores en los hospitales y se producen listas de espera para su ingreso en unidades de agudos. Lo que debería ser la excepción (el ingreso) se convierte en la alternativa más frecuente en las situaciones de crisis. ¿Cuál es la respuesta a este problema a la ciudadanía? ¿Reforzar los equipos de infantil-juvenil de los CSM que trabajan en cada territorio? No. La respuesta es más camas de agudos, un hospital de día de apoyo a la UHB y un centro de media estancia. Contrasta la precariedad y falta de reconocimiento de los equipos de infantil de los distritos con la situación del Servicio de adolescentes del Hospital Gregorio Marañón, dotado de unos recursos humanos sin comparación y que tiene todo el reconocimiento a nivel político. Saben venderse, son líderes de opinión y tienen el respaldo de poderosos intereses privados corporativos, pero no son comunitarios, no son accesibles para la ciudadanía ni para los profesionales de otros ámbitos que trabajan con la población infanto-juvenil. En un contexto de precariedad generalizada, desde un punto de vista de distribución de recursos su voracidad es el hambre del resto.

Los CSM se están convirtiendo en espacios de gestión taylorista donde el pensamiento y la reflexión se ahogan entre huecos de agenda para nuevos y seguimientos. La

“La prioridad de las políticas sanitarias y sociales pasa por reforzar, atender y reconocer los servicios básicos”

falta de recursos humanos y la gestión de las gerencias hospitalarias están llevando a los CSM a actividades meramente asistenciales. Actividades como el trabajo con primaria, servicios sociales, servicios educativos y no digamos ya con el tejido social de los barrios, que deberían estar en el ADN de los servicios de salud mental, actualmente son testimoniales. La prioridad de las políticas sanitarias y sociales pasa por reforzar, atender y reconocer los servicios básicos. El próximo Plan de Salud Mental tiene que tener como objetivo principal abordar la precariedad de los Centros de Salud Mental y definir un modelo de organización que los sitúe de verdad como el eje de la atención para acometer las reformas necesarias en su funcionamiento, para acercarlos a los valores y objetivos con los que fueron creados. Como se decía en las páginas de nuestro anterior Boletín³: “lo que necesitamos es más Centro de Salud Mental, no menos”.

Junta de la AMSM



Fuente: gloobal.net

3) Pedro Cuadrado Callejo. El tiempo de los centros de Salud Mental. Boletín 41 de la AMSM. En: <https://amsm.es/2017/06/25/el-tiempo-de-los-centros-de-salud-mental-pedro-cuadrado-callejo/>

colaboraciones

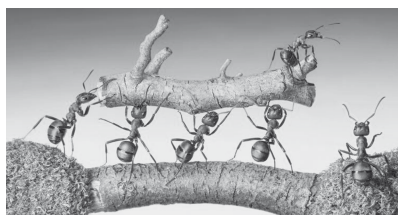
LA TAREA Y LOS LIDERAZGOS EN LOS EQUIPOS ASISTENCIALES

Ana Mena Pérez

Psiquiatra. Unidad de Trastornos de Personalidad, H. Dr. Rodríguez Lafora

Aurora Doll

Psiquiatra. Centro Salud Mental Federica Montseny, H. Infanta Leonor



Fuente: medium.com

Nuestra situación laboral nos ha llevado a lo largo de los años a compartir tarea con diversos tipos de equipo, lo que es bastante frecuente en el ámbito de la salud mental. Desarrollar el trabajo de manera compartida genera evidentes ventajas, y no desdeñables complicaciones, lo que nos ha obligado a estudiar, indagar y reflexionar para lograr una mejor comprensión de las dinámicas del equipo y nuestra función dentro de él. Queremos compartir algunas de estas reflexiones sobre nuestra institución/organización y grupo de trabajo, incidiendo en la relación entre distintos ámbitos: el individuo, el grupo y la organización. Entre las lecturas compartidas nos ha parecido especialmente inspirador un libro de O. Kernberg titulado “ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones”, que hemos ido enriqueciendo con textos de Freud, Sunyer, Anzieu, Bion, Antonio Tarí, Pichón Riviére y otros. Estos textos nos han remitido a nuestra propia realidad asistencial, al trabajo en equipo al que intentamos contribuir y que, con nuestros compañeros, intentamos construir. Reconocemos que el resultado es reflejo de nuestro momento, con la experiencia que hemos ido acumulando en sucesivos grupos de trabajo e instituciones, y que por tanto, es parcial y seguirá en constante evolución.

Podemos definir el equipo como un grupo de trabajo, dentro de una organización, en el que alguien asume el liderazgo con el objetivo de conseguir la consecución de la tarea, que habitualmente viene definida (al menos inicialmente) por la propia organización.

Para que una organización funcione de forma efectiva, se requiere que haya una adecuada relación entre la tarea global de la organización y su estructura administrativa (la distribución del trabajo, la delegación adecuada y ajustada de la autoridad a los distintos niveles organizacionales, las características de los elementos de los que se dispone, la supervisión...). Es decir, que las responsabilidades que conlleve un cargo estén en consonancia con la capacidad del que ocupa ese cargo de tomar decisiones, el trabajo se distribuya de manera que cada uno tenga capacidad para asumir su carga, haya disponibilidad de espacios físicos adecuados, que la agenda se adecue a todas las actividades del equipo (no exclusivamente a la asistencial), los huecos de las agendas se correspondan con el tiempo que se requiere para hacer un trabajo digno, que pudiera haber espacios para elaborar ansiedades y crear apoyos... Esto nos sugiere la necesidad de una reflexión sobre si los sucesivos cambios que se han llevado a cabo en la red de salud mental durante décadas, y que en los últimos años se vienen intensificando, favorecen o no la consecución de la tarea independientemente de la motivación que los ha guiado.

“...algunos de los mecanismos destinados a la preservación de la organización, o de la estructura administrativa, influidos por factores políticos, se superponen a la tarea...”

Por otro lado, creemos que algunos de los mecanismos destinados a la preservación de la organización, o de la estructura administrativa, influidos por factores políticos, se superponen a la tarea, es decir, que en muchas ocasiones prima la supervivencia de la organización y la influencia política de algunos sectores dentro de ella, frente al interés de los pacientes. Sufrimos la experiencia, dada la complejidad de

construir un verdadero trabajo en equipo, de una permanente inestabilidad de los mismos debida al constante recambio de personal derivado de la precariedad laboral, la selección de personal y los mecanismos de movilidad en los que no se incluye una adecuación al puesto en función de formación, capacidades y habilidades, de manera que resulta muy difícil ir resolviendo los procesos grupales, la tarea implícita, que permita al equipo estar en condiciones de abordar la tarea explícita. En muchos casos, por estas motivaciones políticas, la tarea aparente no es la tarea real. Intentar ocultar la tarea real sólo traerá confusión y el colapso de la organización. La claridad en la definición de la tarea es importantísima para la organización, incluso a pesar de que pueda tener connotaciones negativas o presentar cuestiones morales. Sirva como ejemplo el control del gasto sanitario en prescripciones, necesario para sostener el sistema, que se reviste de intensos controles burocráticos argumentando los efectos secundarios potencialmente peligrosos.

A su vez, la tarea tiene que cumplir ciertos mínimos: ser factible, estar dotada de sentido y congruente con los recursos disponibles. Si la tarea es el primer organizador grupal, en nuestro sistema actual, estos requisitos son extremadamente raros. Prestamos nuestra labor asistencial con una tarea inabarcable ("la salud mental"), indefinida (¿debemos tener como objetivo los indicadores de gestión, la satisfacción del usuario, la aplicación adecuada de la técnica, nuestra propia salud mental?), a veces contradictoria (por ejemplo, satisfacción del usuario y organización de los tiempos de consulta siguiendo únicamente criterios de gestión) y en la mayoría de los casos, no compartida por todo el equipo, ya que el concepto que cada uno de los integrantes tiene de la salud, de la técnica, y de lo que se requiere de ellos es muy diferente (¿diagnosticar, aplicar los protocolos, aliviar el sufrimiento, prescribir, paliar el síntoma, curar, sostener, permitir el aprendizaje...?). Unido a ello, no hay una relación realista entre la necesidad de la institución de satisfacer la demanda (tenemos un sistema sanitario que asegura una asistencia universal) y los recursos de que disponemos para intentarlo. Tenemos como ejemplo la elaboración de sucesivos planes estratégicos de salud mental, en los que los profesionales somos requeridos para construir un proyecto de asistencia basado en la técnica, los protocolos y publicaciones existentes, que se publica, pero no se dota de presupuesto que permita ajustarse mínimamente a lo publicado. Intentar encontrar una tarea compartida por el equipo, que se acerque a la tarea de la organización, y que sea realista respecto a las propias limitaciones, puede ayudar a funcionar de un modo más eficiente, lo que en las actuales condiciones en muchos casos supone un ejercicio de creatividad. En muchos casos no querer plantear las limitaciones de los recursos, tiene que ver

con el objetivo de mantener una fantasía omnipotente con la población respecto a que el Estado lo puede todo. Tendríamos que pensar si el Plan Estratégico de Salud Mental es un documento técnico o político.

Cuando los recursos son insuficientes, en el proceso la tarea sobrepasa los recursos, las metas son contradictorias, hay un error al clarificar las prioridades o la estructura administrativa no se pone a disposición de la tarea, entonces la estructura de trabajo se rompe, la moral se hunde y aparecen los movimientos regresivos. A su vez, para llevar a cabo la tarea, hace falta resolver los procesos regresivos del grupo. Estamos influenciados por las mismas dinámicas psicológicas que nuestros pacientes, y al igual que ellos debemos hacernos cargo de ellas para no estar sometidos a nuestros conflictos e impulsos libidinales. En el caso de las instituciones psiquiátricas, de los equipos que trabajan con la enfermedad mental grave, la inducción de procesos regresivos en el funcionamiento del equipo es intensa. Es importante entender que independientemente de la madurez del individuo, ciertas situaciones grupales favorecen la regresión y la activación de niveles psicológicos primitivos. De hecho, es normal que todos, al tomar contacto con grupos pequeños no estructurados o en los que la tarea no esté definida, o en grupos grandes mínimamente estructurados, suframos una regresión, activándose defensas y procesos interpersonales que reflejan las relaciones objetales primitivas. La regresión aparece cuando perdemos nuestra estructura social, nuestro rol, y es inevitable que se activen los niveles primitivos de funcionamiento. En los grupos el individuo tiene que dar cabida a múltiples representaciones integradas de sí mismo, de las fantasías propias, las representaciones de los otros miembros, las múltiples interacciones: este tremendo esfuerzo psicológico es un desafío para la estructura psíquica que mostrará en este contexto sus fragilidades.



Fuente: es.fundsppeople.com

Nosotros, por la tarea que realizamos, somos un grupo especialmente en riesgo de regresión porque nuestra tarea es cuidar de pacientes profundamente regresados que van a proyectar masivamente sus aspectos intolerables sobre nosotros, y eso es una importante influencia en los procesos grupales de nuestros equipos. Es muy frecuente que en los Equipos de Salud Mental pacientes especialmente actuadores induzcan una escisión idealizando a una parte del equipo y descalificando a otra. Curiosamente, un movimiento que podríamos considerar muy evidente, resulta tremendamente movilizador: la parte idealizada puede aliarse con el paciente, tentado por una idea de sí mismos omnipotentes y permitir hostilidades por parte de estos pacientes hacia la otra parte del equipo, cuyas quejas serán minimizadas. En otras ocasiones, a través de la identificación proyectiva, los pacientes lograrán proyectar sobre el equipo la idea de ser víctimas de padres autoritarios y coercitivos, y el equipo reaccionará endureciendo la estructura y las normas, con lo que pierden su sentido terapéutico.

Esta circunstancia es inevitable, pero tenemos que tenerla en cuenta, no negarla, a la hora de trabajar en equipo. Inicialmente, cuando se intenta dar sentido en el equipo a las ansiedades e inseguridades que tenemos desde las proyecciones y presiones del grupo de pacientes, nos hemos encontrado caras de perplejidad, confusión, acusaciones de chamanismo... “Pues yo estoy muy tranquilo, a mí no me afecta”, “no tienen nada que ver con lo que nos ha pasado”, “sigo sin ver eso de la relación con nuestros conflictos”, son frases que se repiten reunión tras reunión. Es complejo y largo ir introduciendo la capacidad de identificar y elaborar estas resistencias, pero una vez integrado este trabajo, nos permite reducir culpas, temores, exigencias, omnipotencia, desconfianza, angustia,... que corremos el peligro de atribuir exclusivamente a nuestra capacidad y conflictos personales, y tanto bloquean a los miembros del equipo para mantener una comunicación y capacidad de reflexión y creatividad. Poder empezar a hablar de la impotencia, la rabia, la rivalidad, el miedo, la inseguridad, etc, sin sentirnos demasiado amenazados por los demás. Pero sin duda, la parte que resulta más compleja, desde nuestro punto de vista, es hacerse cargo de lo que los pacientes nos devuelven, y que no es una proyección, sino una fisura, un reflejo más o menos deformado, de una realidad que hay que reevaluar en nuestro funcionamiento.

En nuestra experiencia, una organización horizontal de los equipos (frente a la organización vertical, jerárquica y autoritaria), en los que también se discuten y tienen en cuenta las aportaciones de los usuarios, permite un feedback permanente. Establecer canales de comunicación seguros y directos, como las reuniones de equipo que impliquen toma de deci-



Fuente: humanizandoloscuidadosintensivos.com

siones en grupo y no sean meramente informativas de las directrices de la administración, permite prevenir, diagnosticar y elaborar dinámicas grupales regresivas, lo que supone la asunción de cada uno de los miembros de la responsabilidad de las decisiones que se toman y de mantener la seguridad y la claridad de esos canales de comunicación. Esto no implica una idea ingenua de las bondades de la democracia, hay que tener en cuenta que la toma de decisiones funcionales exige una jerarquía, hay decisiones que las tiene que tomar el que tiene la responsabilidad, la experiencia o el conocimiento. En este tipo de funcionamiento del equipo, una posible señal de regresión grupal podría estar en la tendencia de los miembros a depositar su responsabilidad personal en el líder.

La personalidad del líder no es siquiera el aspecto más determinante a la hora de conseguir un liderazgo eficaz. En muchas ocasiones, el síntoma del líder no es más que el reflejo de la enfermedad de la institución. Hasta el líder más sano, si ejerce el liderazgo sobre un grupo muy regresado acabará poniendo en marcha estrategias autoritarias y jerárquicas motivadas por las proyección del grupo del deseo de un líder/padre sobre quien proyectar la responsabilidad. Por ejemplo: un grupo de trabajo que sistemáticamente no cumple horarios, puede acabar generando en el líder medidas como fichar o contabilizar hasta el último segundo de trabajo. Estas medidas acaban generando mayor regresión en el grupo (no interiorizan como propia la responsabilidad de cumplir el horario).

Hay que tener en cuenta, de cara a que un líder pueda ejercer un liderazgo eficaz, su nivel de integración narcisista, el grado de tendencias paranoides, la inteligencia y la integridad moral, el tipo de estructura administrativa que lidera, el grado de frustración de las necesidades de gratificación de los miembros y

la patología individual de los miembros del equipo. Kernberg define las características deseables de la personalidad del líder: inteligencia, honestidad e incorruptibilidad, un narcisismo saludable, una actitud paranoide justificada anticipatoria y saludable en contraste con la ingenuidad. El narcisismo saludable tiene que ver con proteger al líder de una dependencia excesiva de aprobación y un funcionamiento autónomo en la toma de decisiones. Una actitud paranoide mantiene al líder alerta ante los peligros de la corrupción y la regresión paranoiagénica, le previene de la agresión difusa y le protege de la ingenuidad respecto a las motivaciones de los demás.

Permitir gratificación de necesidades humanas a la hora de llevar a cabo la tarea puede favorecerse a través de facilitar la participación en la toma de decisiones, las aportaciones y la creatividad de los miembros del equipo, reconocer, validar y facilitar las potencialidades de los integrantes... En nuestra experiencia, la utilización de liderazgos parciales, compartidos, puede ser muy útil. Como si de una coterapia se tratase, establecer en base a características personales de algunos miembros, el reparto de algunas funciones de liderazgo, puede permitir una dilución de las transferencias y proyecciones, por lo que las presiones regresivas sobre el líder administrativo son menores. Por otro lado, nos parece importante que el líder del equipo mantenga una actividad asistencial, que comparta las mismas metas del equipo, lo que le permitirá ser más realista respecto a las limitaciones y potencialidades, del equipo y las propias, disminuir las distorsiones propias de su rol, y reducir la tendencia a la idealización o las proyecciones masivas.

Todos estos elementos (tarea-organización-dinámica grupal-liderazgo) mantienen una relación dinámica y mutuamente influyente. El fracaso en cualquiera de estos niveles puede afectar a todos ellos: la insuficiencia de medios y la inestabilidad laboral pueden promover dinámicas regresivas que fomenten la regresión secundaria del líder, que puede ser el aspecto más visible del problema. Para diagnosticar dónde está el problema de un equipo que presenta un liderazgo no funcional, hay que indagar en todos los niveles antes de atribuir la solución a un cambio en el liderazgo.

BIBLIOGRAFÍA

- Anzieu, D. La dinámica de los grupos pequeños. Biblioteca nueva, Madrid, 1997
- Anzieu, D. El grupo y el inconsciente. Biblioteca nueva, Madrid, 1998
- Bion, W.R. Experiencias en grupos. Paidós, Barcelona, 1980.
- Freud, S. Psicología de las masas y análisis del yo. 1921.
- Kernberg, O. Ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones. Paidós, Barcelona, 1999.
- Menzies, I.E.P., Jaques, E. Defensa contra la ansiedad. Rol de los sistemas sociales. Lumen-Hormé, Buenos Aires, 1994
- Pichón Riviére, E. El proceso grupal. Nueva Visión, Buenos Aires, 1985
- Sunyer, J. M. (1998): El trabajo en equipo del equipo de trabajo. Boletín de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal, N° 8 Págs. 9-21 ISSN 1137-7496.
- Tarí, A. Esbozos de reflexiones sobre la evaluación de los equipos. Área 3, cuadernos de temas grupales e institucionales, nº 8- verano 2001.



DECONSTRUYENDO MANDATOS DE GÉNERO EN NARRATIVAS TERAPEÚTICAS¹

Cristina Polo Usaola

Servicio Salud Mental de Hortaleza



Fuente: sayakvalencia.blogspot.com.es

El objetivo de este trabajo es compartir con vosotras/os desde mi experiencia profesional y personal, la idea de trabajar en la práctica visibilizando mandatos de género y discursos sociales opresivos relacionados con el género en las narrativas de personas que consultan y en nuestras intervenciones. El planteamiento lo voy a hacer desde la teoría feminista y la interseccionalidad.

PATRIARCADO E IDENTIDAD

Partimos de la idea de que la sociedad en que vivimos es una sociedad patriarcal, entendiendo que no todas las sociedades se ajustan a la definición de patriarcado de la misma manera. Alicia Puleo, filósofa feminista, diferencia entre patriarcados de coerción y patriarcados de consentimiento (1). Los primeros se mantienen por las leyes, hay unas normas muy rígidas y desobedecerlas puede acarrear incluso la muerte. El segundo responde a las formas que el patriarcado adquiere en las sociedades desarrolladas. Formalmente las sociedades pueden ser igualitarias pero se reproduce la desigualdad en muchos niveles, fundamentalmente el subjetivo.

“Formalmente las sociedades pueden ser igualitarias pero se reproduce la desigualdad en muchos niveles, fundamentalmente el subjetivo”

“A medida que se va valorando la racionalidad como elemento del poder, se va devaluando lo emocional”

Sobre la causa de esta universalidad del patriarcado existen variadas hipótesis, desarrollaré brevemente la que expone Almudena Hernando, arqueóloga. En su libro *“La fantasía de la individualidad”* señala que la desigualdad de género tiene que ver con la diferente forma en que históricamente se ha construido la identidad en hombres y mujeres (identidades “individualizadas” frente a identidades “relacionales”) (2). La autora señala que al principio de la historia, en sociedades orales, la identidad de hombres y mujeres era relacional; poco a poco, en función de necesidad de desplazamiento, riesgo y enfrentamiento al control de la naturaleza (de forma más especializada que otras funciones), los hombres fueron adquiriendo rasgos progresivos de individualidad en proporción con el número de fenómenos que podían explicarse racionalmente y controlar tecnológicamente. Sin embargo, el ser humano no puede desconectarse de su propio grupo ya que se evidencia entonces su impotencia real frente al mundo. Así, a medida que se fueron definiendo rasgos de individualidad, los hombres que asumieron las posiciones de poder no fueron conscientes de su necesidad de vinculación y depositaron su necesidad (no explícita) de vincularse a las mujeres: ellas mantenían la identidad relacional y garantizaban el vínculo. Es decir, las mujeres, de forma complementaria, fueron compensando la pérdida de conexión emocional. Quizá ahí comienza la desigualdad. A medida que se va valorando la racionalidad como elemento del poder, se va devaluando lo emocional. La negación de la necesidad de los vínculos emocionales mantenidos por las mujeres, crean en los hombres el temor de que ellas se individualicen y, por tanto, abandonen la tarea que les ha sido asignada. *“En los hombres hay una negación en lo explícito de la necesidad vincular, pero cuando se pierde, experimentan una fragilidad amenazante”* (2)

1) Este artículo corresponde a la ponencia con el mismo título presentada en Madrid en las XXVII Jornadas Estatales de la AEN el 1 de junio de 2017.

Desde otra perspectiva, Ana Jonasdottir, politóloga, en su libro *“El poder del amor”*, sostiene que el patriarcado se mantiene por lo que ella llama “capital del amor”: el amor que las mujeres entregan a los hombres es expropiado y genera una plusvalía que el Estado capitaliza (3). Los aportes actuales de la economía feminista también van en esta línea y proponen que en el análisis económico global se incluyan actividades que se realizan fuera del mercado y de los parámetros medibles (PIB, etc), pero que son imprescindibles para que la vida sea sostenible. Estamos hablando del sostenimiento de los cuidados y las relaciones.

En la línea de explicar como el patriarcado es un elemento clave en la formación de nuestra identidad, me parece especialmente útil el concepto de mandatos de género. Son mensajes que emitimos a bebés (y posteriormente a personas adultas) en forma de palabras, abrazos, miradas, etc que van a configurar gradualmente nuestra identidad. Además de emitir mensajes distintos, interpretamos conductas y emociones de forma distinta en niños y niñas (por ejemplo el llanto de un bebé: “llora porque está triste-”llora porque está enfadado”, “está asustada-está inquieto”...) Estos mensajes, unidos después a los que proporciona cualquier elemento del entorno (lenguaje, cine, cuentos, música, publicidad, ropa...) configuran diferentes mandatos: en los niños se fomentará la actividad, la fuerza, la independencia, el valor, se tolera más la agresividad... en las niñas se promueve la obediencia, el cuidado, la ternura y el cariño, la inhibición de la agresividad y del deseo de poder... El carácter inconsciente con el que se configuran mandatos y estereotipos a través del proceso de socialización y que constituyen nuestra subjetividad, hace que éstos se naturalicen, es decir, se asuman y se vivan como verdades absolutas. Además, en muchas ocasiones los imperativos de género se introducen como si fueran deseos. A a este respecto cabe preguntarse si es posible diferenciar entre deseos e imperativos de género. Este tema lo ha desarrollado ampliamente Nora Levinton. Esta autora describe que la transgresión de la norma en el orden moral produce culpa y su cumplimiento alivio de la persecución interna (4)

Aquí nos podemos detener en el concepto de deseo, constituido y moldeado por relaciones de poder patriarcal. ¿Cómo ayudamos a visibilizar y deconstruir el caldo de cultivo patriarcal que hay detrás de nuestros deseos? ¿Cuál es la propuesta emancipatoria? Construirnos desde el acercamiento al conocimiento de lo que deseamos lleva asociado inevitablemente el conflicto, no hay conflicto si no hay lucha de valores, de deseos, de identidades.... El reto en este campo creo que exige un trabajo a muchos niveles, desde lo más macro a lo más intrapsíquico, revisando con lentes de género desde cualquier

acontecimiento social (diseño de políticas, espacios públicos, etc) pasando por la construcción de las relaciones en diferentes ámbitos (profesionales, familiares, amorosas....) y llegando a lo más íntimo. Siguiendo las reflexiones de Ana Távora, psiquiatra y psicoterapeuta feminista, descubrir lo que hasta ese momento permanece silenciado puede llevar asociado muchos miedos por creer que descubrirlo va a hacer tomar decisiones significativas (5).

El inconsciente de todos, hombres y mujeres es profundamente patriarcal por lo que en la lucha por la igualdad, siguiendo a Lola López Mondéjar, escritora y psicoanalista, el escenario de la batalla ha de ser interno y externo.... *“No se trata sólo de cambiar nuestra conducta racional aplicando voluntad y cognición sino de vigilar una disposición inconsciente automática, irracional y sutil que persiste en actitudes en las que quizás no nos reconozcamos, porque pueden ser contrarias a nuestra representación consciente”*... *“la autovigilancia tiene que ser estricta, ya que el patriarcado cuenta con un temible cómplice interior. Un cómplice que nos llena de contradicciones y con el que es difícil negociar... un cómplice que ríe los chistes machistas o que educa de forma distinta en tareas domésticas a hijos e hijas...”* (6)



Fuente: aarondelolmo.blogspot.com.es

¿QUÉ SUPONE VISIBILIZAR MANDATOS EN LAS NARRATIVAS? DE LA VISIBILIZACIÓN A LA DECONSTRUCCIÓN

Visibilizar mandatos de género en las narrativas es explorar y poner en cuestión en la conversación terapéutica, modos de vida que produzcan vulnerabilidad relacionados con procesos

psicosociales de género, y procesos subjetivos de riesgo por conflictos en el ideal de masculinidad y feminidad.

Estos mandatos están atravesados por contextos históricos y se traducen en modelos sociales de género distintos, que han expuesto en distintos trabajos Sara Velasco (7) y Margot Pujal (8). Ellas describen que en la actualidad convivimos con cuatro modelos sociales de género que tienen como consecuencia contextos de vulnerabilidades y psicopatologías diferentes.

A grandes rasgos estos modelos son:

a) **El tradicional:** En él existe una división sexual del trabajo y las relaciones de género están jerarquizadas. El núcleo básico es la familia heterosexual. Los ideales de masculinidad y feminidad son binarios. Las narrativas de personas socializadas en este modelo reflejan malestares asociados a diferentes frustraciones: decepción de lo que supone vivir en pareja en relación a las expectativas previas, sobrecarga de cuidados, el trabajo en labores del hogar (no remunerado, invisible y desvalorizado). En el plano subjetivo implica dificultades para convivir con el ideal de la maternidad y de la pasividad sexual, entre otros. En los hombres incluye malestar por la exigencia de tener que estar siempre disponible en la esfera sexual y desempeñar el papel proveedor, la imposibilidad de permitirse expresión de debilidad en situaciones adversas (salvo en determinados contextos), el miedo al abandono, etc. En este modelo, la aceptación de las normas tradicionales del papel masculino hace que los hombres pidan menos ayuda.

b) **En transición,** Avanza desde principios/mitad del siglo XX y se produce por la salida de las mujeres al ámbito público. Lo viven mujeres y hombres que han de transgredir el modelo de género tradicional en el que han sido socializados; han modificado el modelo social, pero conservan valores tradicionales en la esfera íntima.

El núcleo básico es la pareja no jerarquizada explícitamente, con roles multifuncionales y contradictorios. Los ideales de feminidad y masculinidad son igualitarios en la vida pública, pero hay binarismo en la intimidad. Supone acumular roles antiguos y modernos y muchas contradicciones: deseo de emancipación coexiste con ideal romántico y con deseos de ser “cuidada”, preocupación por la imagen corporal con rechazo a mandatos de género, miedo a perder la feminidad, etc. En el área laboral es frecuente la frustración al comprobar la discriminación y situaciones de acoso. En la clínica, Margot Pujal (8) relaciona este modelo con la aparición de diagnósticos de fibromialgia, fatiga crónica, somatizacio-



Fuente: pikaramagazine.com

nes... En los hombres aparecen contradicciones ante las pérdidas de privilegios, conflictos de pareja por redistribución del poder, desconciertos ante confrontación con ideales de ser “buen padre” y tener una vida autónoma, etc

c) **Contemporáneo:** Se desplazan valores e ideales sociales a la realización y a la libertad individual. No se valora la permanencia en la relación afectiva. Pujal describe que en este modelo los círculos de amigos/as funcionan como la familia en cuanto a apoyo y tienden a tener mayor estabilidad que las parejas.

El núcleo básico es el individuo, o dos o más personas de cualquier sexo. Hay tendencia a tener los mismos ideales de masculinidad y feminidad en hombres y mujeres y competitividad entre ambos por el ideal del éxito personal y social, aunque hay un modelo binario en el cuerpo y en la imagen. El ideal de masculinidad y feminidad se focaliza en el cuerpo a través del deseo de “eterna juventud”, insatisfacción corporal, uso de cirugía remodeladora, necesidad de reajustes de identidad con parejas sucesivas, hiperconsumos, etc. La traducción en la clínica según Pujal, son los trastornos conducta alimentaria, las somatizaciones graves y las autolesiones como forma de calmar un dolor subjetivo. Naomi Woolf en su libro *“El mito de la belleza”* (9) expone que a medida que las mujeres blancas occidentales se han ido liberando económicamente, han aumentado de forma proporcional la cirugía estética y los trastornos de alimentación. Fatima Merssini, historiadora feminista marroquí, denomina que en las mujeres occidentales, el “burka occidental” se corresponde con la exigencia de la talla 38 (10)

d) **EL modelo de género igualitario** puede incluir personas de cualquier sexo y orientación sexual. Si la relación es igualitaria es un modelo protector, la psicopatología en estas

personas podría relacionarse con otros factores psicosociales de riesgo como la soledad, las pérdidas, el desarraigo, la exclusión, problemas económicos, etc.

De forma global, en la clínica revisar el modelo social de género de la persona que consulta y del/la profesional que le atiende ayuda a visibilizar la relación entre malestares y mandatos.

PODER E INTERSECCIONALIDAD

Más allá de los riesgos que supone crecer con una visión dicotómica de los géneros por las exigencias que ello supone y los malestares relacionados con no cumplirlos, es importante tener en cuenta que esta categorización (hombres-mujeres) incluye, además de diferencias, desigualdades. Así, hablar de diferencias de género incluye hablar de diferencias de poder. Siguiendo a Bourdieu (11) la construcción de las identidades de género sigue un orden social que establece relaciones de poder y sumisión simbólicas. Hablamos de régimen de poder-saber que describe Foucault: El poder se mantiene no sólo porque se imponga sino porque la gente que lo impone y que lo sufre lo considera “verdad”. Cada sociedad produce su propia verdad que es sostenida por los sistema de poder de esta sociedad. *“Cuanto más inconsciente es la fundamentación de una lógica más capacidad de penetración tiene porque menos resistencia se opone”* (12)

En esta línea me parece muy importante el aporte de la interseccionalidad para vincular la desigualdad de género con otros discursos sociales opresivos. El término “interseccionalidad” fue creado por Crenshaw (13) abogada afroamericana. Inicialmente surgió como una crítica al feminismo blanco occidental y cuestionaba que las mujeres fueran una categoría homogénea. Señala que las discriminaciones múltiples (clase social, género, raza, etnia, pobreza, lugar profesional, etc) interactúan más allá de efecto sumativo. Cada discriminación intersecciona con otra creando un sistema de opresión que refleja la intersección de múltiples formas de discriminación.

Desde esta perspectiva se sostiene que no hay ninguna experiencia singular propia de una identidad; tenemos identidades múltiples y podemos enfrentar discriminaciones entrecruzadas, diferentes en cada situación personal y grupo social. Nos permite analizar opresiones experimentadas: no todas las personas sufren las opresiones de la misma manera; aunque compartan las mismas divisiones sociales, cada opresión/discriminación surge en un contexto social y temporal. Una ventaja significativa de este marco de análisis combinado (interseccionalidad y análisis de poder) es que permite visibilizar

de mejor manera la relación entre estructuras de desigualdad y los privilegios sociales que resultan de ellas. En esta línea creo que es de crucial importancia ser consciente de las diferentes posiciones de poder y privilegio por las que transitamos las y los profesionales de Salud Mental en nuestra práctica y que ejercemos por acción o por omisión produciendo en la mujer a la que diagnosticamos de enfermedad mental una doble discriminación. Luis Bonino en una reflexión que hace en un artículo que llama “Micromachismos 25 años después”, (14) describe que más allá de desvelar comportamientos micromachistas hay que señalar desde el lugar existencial del que provienen, y desde la posición jerárquica que se ejercen.

¿CÓMO AYUDA LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA FEMINISTA EN ESTA TAREA?

La aplicación de la perspectiva de género y de la teoría feminista a nuestra práctica nos obliga al cuestionamiento del marco conceptual en el que se sustenta nuestro trabajo (diagnósticos, hipótesis, tipos de intervención propuestas, recursos utilizados...) Ignorar esta tarea puede producir explicaciones individualistas y favorecer una atribución causal interna (carencias infantiles, apego inseguro, relaciones de objeto conflictivas, personalidades disfuncionales...) En la práctica, incorporar los modelos igualitarios para las mujeres supone incorporar posiciones subjetivas activas, resolviendo sobrecargas compartiendo, creando redes de apoyo mutuo, etc En los hombres supone abandonar posiciones subjetivas de fuerza, abandono de sujeciones del modelo tradicional, compartir y acceder a la esfera del cuidado, etc

Las intervenciones terapéuticas también pueden ser un espacio de visibilización de violencias simbólicas invisibles. Margot Pujal, siguiendo a Foucault, habla de “Prácticas de sí” como *“prácticas de autovigilancia que encauzan la subjetivación a*



Fuente: gkijw.or.id

una identidad normativa". Centrándonos en la desigualdad de género, en el caso de las mujeres las prácticas de sí van a producir violencias de sí invisibles con distintos grados, desde microviolencias de sí, que se traducen en sentimientos de culpa, autoexigencia, vergüenza, baja autoestima, etc., a macroviolencias de sí que tienen su reflejo en trastornos alimentarios, autolesiones, etc.. El reto, según Pujal, en nuestras intervenciones sería visibilizar también las prácticas de sí incorporadas que están produciendo malestar y convertirlas en un cuidado de sí subjetivo que aporte libertad y proporcione un sentido vital y colectivo a nuestra experiencia (15).

Otros retos actuales en intervenciones feministas incluyen la incorporación de pensamientos no binaristas y la diversidad. Mi exposición de hoy ha sido realizada en términos binarios. Incluir el pensamiento no binarista supone incorporar la diversidad de vivencias en personas que no se encuentran representadas en las normas de género binario normativo, y también disidentes con otras formas alternativas de funcionamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Puleo A. EL patriarcado ¿una organización social superada? Temas para el debate 2005; 133, 39-42.
- (2) Hernando A. La fantasía de la individualidad. Kats. Madrid, 2012
- (3) Jonasdottir A. El poder del amor. ¿Le importa el sexo a la democracia? Cátedra. Madrid, 1993
- (4) Levinton N. El super yo femenino. La moral en las mujeres. Biblioteca Nueva. Madrid, 2000
- (5) Távara A. Pensando sobre los conflictos y la salud mental de las mujeres. Ciclo de charlas: Las mujeres debatimos. Diputación de Málaga. Málaga, 2006.
- (6) López Mondéjar L. El inconsciente es patriarcal, cuidado con él. La opinión de Murcia el 9 de marzo del 2017. Disponible en: <http://www.laopiniondemurcia.es/opinion/2017/03/08/inconsciente-patriarcal-cuidado/811655.html>
- (7) Velasco S. Enfoque de género en programas de salud. Observatorio de Salud de la mujer. Ministerio de Sanidad. Madrid, 2008. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf>
- (8) Pujal i-Llombart M, Mora-Malo E, Schöngut-Grollmus N. Fibromialgia, desigualdad social y género. Estudio cualitativo sobre transformación del malestar corporal en malestar psicosocial. Duazary. 2017; 14 (1): 70 – 78
- (9) Wolf. N. El mito de la belleza. Salamandra. Barcelona, 1992.
- (10) Merisini F. El harén en Occidente. Espasa. Madrid, 2001.
- (11) Bourdieu P. La dominación masculina. Anagrama. Barcelona, 2000.
- (12) Foucault M. Microfísica del poder. La Piqueta. Madrid, 1992.
- (13) Crenshaw W. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color, Stanford Law Review; 1991, 43, (6) 1241–1299.
- (14) Bonino L. Micromachismos, 25 años después. Abril 2017. Disponible en: <http://www.luisbonino.com/PUBLI03.html>
- (15) Pujal Llombart, Margot y Amigot Leache, Patricia. Desigualdades de género en "tiempos de igualdad". Aproximaciones desde dentro y fuera de la/s psicología/s. Presentación. Quaderns de Psicologia 2010; 12 (2): 7-20. En: <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/838>



Fuente: chocolad.co

EL TRATO HORIZONTAL COMO “CURA” DEL ABUSO DE PODER¹

Amaya Villalonga Alba

El trato horizontal como “cura” del abuso de poder

Amaya Villalonga Alba



DIAPPOSITIVA 0

Autor: Massimo Mion

<https://www.urbancontest.com/inspiration/massimo-mion-big-bad-wolf-milan-italy>

Gracias, María Alonso, por contar conmigo en estas jornadas.

Cumplo mayoría de edad, en librarme de esto de la carrera de loca, me siento afortunada. Para mí tiene un significado especial estar hoy aquí, de restablecer la dignidad dañada, siendo como soy la única persona directamente afectada en el programa de las jornadas.

Hace 18 años pasé por mi primera crisis, aquí en Madrid en este barrio, entre La Latina y Lavapiés, he pasado hoy por delante del dispositivo donde acudía después del ingreso involuntario. Esta primera experiencia fue de coerción, (contención química y mecánica, falta de comunicación e información, amenazas veladas, chantaje) que me marcó traumáticamente y condicionó negativamente mi relación con los servicios. Por esto en la segunda crisis, 8 años después, tuve la fortuna de que mi grupo de amigos y familia me atendió. Fue un abordaje comunitario real, y me cambió la vida. Hallé lo que no tuve en el sistema: me sentí respetada en todo momento en mis decisiones. Me siento profundamente agradecida de cómo mi entorno, con toda su inexperiencia en gestión de crisis, supieron acompañarme desde el cuidado y el respeto, con todo el apoyo para mi recuperación que no encontré en el sistema de atención de salud mental en la experiencia previa.

Por esto, voy a hablar de cómo el poder se reparte actualmente en salud mental de manera desigual, en lo macro en las instituciones que atienden a nuestro colectivo y en lo micro en la relación directa entre los profesionales y personas que usan los servicios de salud y sociales.



DIAPPOSITIVA 1

Autor: Banksy

<https://www.recreoviral.com/fotografia/bansky-mejores-obras-urbanas/>

<https://www.taringa.net/posts/offtopic/19413085/Banksy-el-enigmatico-rey-del-arte-callejero.html>

<https://sites.google.com/site/artebanksy/los-inicios-de-banksy>

Las personas nos desarrollamos en un sistema que tiene valores contrarios a la vida. El sistema económico y político no nos pertenece, no está al servicio de las personas, de la comunidad, de su bienestar, de su desarrollo humano y ecológico; se ha escindido (si es que alguna vez nos perteneció realmente) y tiene intereses y entidad propia. Somos producto de un sistema patriarcal y capitalista, en su expresión neoliberal que actualmente padecemos.

¹) Este artículo corresponde a la ponencia con el mismo título presentada en Madrid en las XXVII Jornadas Estatales de la AEN el 1 de junio de 2017.

Ésta determinada manera de construir sociedad, poniendo las cosas y el poder por encima de las personas y su entorno, nos determina, determina la manera en la que nos concebimos como sujetos y esto se expresa en una determinada actitud, una determinada manera de ser en el mundo, o lo que es lo mismo, ser con los otros. Por eso lo común es relacionarnos desde la denominada Demencia Social, por Jau. (Josep Alfons Arnau) en su texto *“Alienación y desencuentro”*.

DIAPOSITIVA 2

Autores: Boa Mistura

<http://www.zgrados.com/el-alma-en-la-pared/>



Empoderamiento de Usuario de salud mental
... desafiar el control y la injusticia social mediante procedimientos políticos, sociales y psicológicos, que dejen al descubierto los mecanismos de control, barreras institucionales y estructurales, normas culturales y prejuicios sociales, con la finalidad de capacitar a las personas a que afronten la opresión internalizada...

Esta frase sirve tanto para las personas directamente afectadas, el colectivo de trabajadores de lo mental. Esta opresión internalizada es la expresión del campo de relación de fuerzas en el que estamos inmersos. El camino para empoderarnos pasa por desafiar el poder establecido, que en el campo concreto de la salud mental pasa por poner en cuestión las identidades generadas y el tipo de ayuda que recibimos del sistema.

DIAPOSITIVA 3

Autores: Boa Mistura

<http://www.calcco.com/blog/365/boamistura/es>

Empoderamiento de Usuario de salud mental
Publicado la Oficina Regional para Europa de la OMS en 2010

“consiste en un **proceso social multidimensional**, a través del cual los individuos y los grupos logran un mejor conocimiento y **mayor control sobre sus vidas**. Como consecuencia de ello, **pueden transformar su entorno social y político** para mejorar sus circunstancias vitales que están relacionadas con la salud”



Y pasa también por poner en cuestión el sistema mismo de atención de las personas con diversidad psicosocial, problemas

de salud mental, sufrimiento psíquico, locxs, con enfermedad mental...o como queramos autodenominarnos.

DIAPOSITIVA 4

Autor: El Rey de la Ruina

<https://madriddiferente.com/gente-diferente/el-rey-la-ruina/>



El Marco de referencia son los Derechos Humanos, que están recogidos y garantizados en la CDPD

Visibilidad dentro del sistema de protección de los Derechos Humanos

La asunción de la discapacidad como una cuestión de Derechos Humanos (no graciable, no altruista, no recomendable)

Herramienta vinculante

DIAPOSITIVA 5

Autor: Above

Movimiento colectivo: “Acción Poética”

<http://www.zgrados.com/el-alma-en-la-pared/>

<https://www.kn3.net/yanettyaybar/34-B-F-6-F-8-A-1E0-JPG.html>

RELACIÓN PERSONA/CONTEXTO



La discapacidad (actualmente diversidad psicosocial) es un concepto resultante de actitud y los obstáculos del entorno,

de la interacción del déficit de la persona con el déficit de los factores contextuales.

La importancia del concepto reside en que la dificultad está en la relación, es algo dinámico; no estático que recae únicamente en la persona directamente afectada.

DIAPOSITIVA 6

Autor: A1One

<https://www.maquis-art.com/News-2067-Dangereux-d-Uatre-un-graffeur-en-Iran-Graffiti-Tag-Street-Art.html>

"A veces, los profesionales de salud mental consideran que a los usuarios del servicio y sus familias les falta capacidad para tomar decisiones o para hacerlo correctamente. Como consecuencia los servicios adoptan, frecuentemente, una postura paternalista limitando el número o calidad de las decisiones que los usuarios y sus familias pueden tomar. Hay que resaltar que sin apoyo en la toma de decisiones, los usuarios quedan atrapados en relaciones de dependencia que se prolongan en el tiempo. Nadie puede ser independiente si no tiene ocasión de tomar decisiones importantes sobre su vida."



Y lxs trabajadorxs, que nos atendéis en los servicios, sois parte de ese contexto que frecuentemente nos discrimina.

Dando una charla sobre vulneración de Derechos en SM, presentando la Guía de ¿Cómo defender nuestros derechos? (en una comisión de participación ciudadana, en Granada hace pocos años) me encontré con la actitud de dos trabajadores de lo mental muy diferentes:

- Un psiquiatra que se sentía ofendido y no entendía que una persona directamente afectada y experta por experiencia, le planteaba que tenía que formarse más. Ya que él defendía que tenía una dilatada preparación profesional. Lo que planteaba entonces, y lo sigo haciendo ahora, es que hay mucha necesidad en el colectivo de trabajadores de lo mental de formación en DD.HH. y Ciudadanía. Porque la atención en salud mental necesita de profesionales que tengan cultura de recuperación, y para ello hay que integrar la atención en el marco que son los derechos fundamentales.
- Otro psiquiatra, que atiende a una compañera de la asociación, manifestó estar en crisis con su labor profesional por estar tomando conciencia, gracias a un curso sobre DDHH, de cómo vulneraba derechos en su práctica cotidiana.

DIAPOSITIVA 7

Autor: Phlegm

<https://phlegmcomicnews.blogspot.com.es/2014/10/phlegm-x-pixel-pancho.html>

¿CÓMO NOS CONSTRUIMOS DES-EMPODERAD@S?



¿Cómo se construye la Identidad de Enfermo Mental

Recapitulando, si esto de la diversidad psicosocial es una cuestión relacional, que depende de los apoyos que el contexto pueda brindar a la persona, ¿cómo es que nos construimos en identidades fijas, como la de Enfermo/a Mental? Hay una responsabilidad como colectivo, de profesionales de atención en los servicios de salud mental, en la construcción de esta identidad social de Enfermo Mental.

DIAPOSITIVA 8

MARCO DE LOS DDHH Y CIUDADANÍA
ENFOQUE DE RECUPERACIÓN EN SALUD MENTAL :

FORTALEZAS
EMPODERAD@S

Identidad: Persona



DÉFICIT-PROBLEMA
DES-EMPODERAD@S

Identidad:
Enferm@ Mental



Este ejemplo del quesito lo uso en las formaciones.

Según la experiencia que he ido recopilando durante estos años trabajando en grupos de apoyo y en formar a compañeros como agentes de apoyo mutuo, veo que se realiza un gran daño muchas personas atendidas por el sistema de salud mental por la necesidad de incorporar esta "nueva realidad", la de Enfermo Mental, a su identidad, con lo que pasamos del estar enfermo (que tiene un carácter transitorio, y por tanto, potencialmente recuperable) al ser Enfermo (que apela a la identidad). Si lo elaboro como identidad tengo más papeletas para que me reste capacidad de recuperación y me impide hallar mi potencialidad de recursos saludables, de crecer como persona. Es un daño a la integridad de la persona que es difícil de revertir. Se entromete en la experiencia interna de ser de las personas, añadiendo categorías ajenas. Tomando la parte por el todo.

Y hay varias formas en las que esto se consigue:

DIAPOSITIVA 9

Autor: Banksy

Autores: Boa Mistura

<https://berenicebell.wordpress.com/2012/02/14/banksy/>

<https://www.pinterest.es/carmeenvidal/boa-mistura/>

Sentencia de cronicidad



¿l@s loc@s nacemos o nos hacemos?

Es básico tener esperanza, que confíen en ti, en tus posibilidades de recuperación, y esto se impide si te dan una sentencia de cronicidad.

Generalmente no encontramos muchos planteamientos de esperanza, por parte de lo/as profesionales que nos atienden. El desafortunado ejemplo de la maldita DIABETES, esto es de por vida. Hay una confusión entre conciencia de problema, o de situación crisis, de sufrimiento y la manida “conciencia de enfermedad”. A veces nos plantean en plena crisis, o a nuestros allegados, que esto es para toda la vida, que estás en riesgo y que puede haber deterioro cognitivo; o que ya olvídate de estudiar, o de tener pareja, hijxs... Esto infunde miedo en vez de esperanza. A veces pienso que hay mucha vocación de vidente frustrada en vuestro colectivo.

DIAPOSITIVA 10

Movimiento colectivo: “Acción Poética”

<http://accionpoeticaamerica.tumblr.com/page/665>

Lenguaje que construye realidad



- PRÓDROMO
- EUTÍMICO
- ACATISIA
- ...

El lenguaje del síntoma....

Si la explicación que me da el/la profesional sirve para integrar la experiencia... genial, y bienvenida sea. Si no me sirve para eso, me va a alejar de una construcción propia que me facilite integrar la experiencia.

Estamos colonizadxs por el lenguaje psiquiátrico y psicológico. Necesitamos construir un lenguaje de recuperación, esto es una cuestión estratégica.

El lenguaje médico nos deja sin recursos. Para construir otros saberes compartidos desde la experiencia, que no nos invaliden ni estigmaticen. Pongo ejemplos que se dan en los Grupos de Apoyo Mutuo:

Acatisia: no me puedo estar quieto, necesito moverme...

Eutimia: Estoy tranquilx conmigo mismx, estoy relajadx, tengo una buena temporada, mi asamblea de majaras está en consenso...

Pródromo: Cuando ando estresadx escucho ruido al dormir... esto es como el testigo de alarma en el coche, tengo que parar... Estoy de marejada fuerte marejada... Ando con un pie aquí y otro allí...

Se pierde la riqueza de compartir las experiencias porque las encasillamos. Perdemos lo qué dicen de nosotrxs, de quienes somos y de lo que estamos viviendo.

DIAPOSITIVA 11

Movimiento colectivo: “Acción Poética”

Autor: Mindaugas Bonanu

<https://www.pinterest.es/pin/431571576784584864/>

<https://peru.com/actualidad/internacionales/litania-putin-y-trump-protagonizan-polemico-beso-grafiti-noticia-454808>



Diagnóstico

Como directamente afectada me pregunto...

¿Me sirve el diagnóstico para aprender a estar en mi vida de manera más saludable? A mí personalmente no, de hecho me revelé contra la etiqueta.

Otros ejemplos de compañerxs:

— Genera una Identidad dañina: Cuando salió en prensa que Donald Trump tenía trastorno narcisista de la personalidad;

hubo personas que se sintieron heridas por la comparación con una persona capaz de soltar la madre de todas las bombas... Esto genera sufrimiento.

- Un Compañero que lleva 3 años siendo atendido y están aún valorando su diagnóstico. Lo vive como una buena estrategia para atenderlo sin estigmatizarlo. Recibe ayuda la necesaria.
- En ocasiones “descarga” de culpa, alivia a la persona de la presión del entorno. Tiene un motivo, se le permite estar inactiva por estar deprimida.
- Tiene el riesgo de ser usado por el ambiente y la persona para des-responsabilizarse. Perder el potencial de transformación que tiene toda crisis. Se cristaliza una situación.

DIAPPOSITIVA 12

Autor: Phlegm

Autor: Suso33

<http://streetartnews.es.blogspot.com.es/2012/08/phlegm-nuevo-mural-en-kosice-eslovaquia.html>

<https://elgraffititambienesunarte.blogspot.com.es/2016/12/graffiteros-espanoles.html>

Buen o mal paciente,
adherencia al tratamiento,
conciencia de enfermedad....



Nos encontramos con estas cuestiones todos los días, la calificación moral de nuestra persona, en los dispositivos. Se percibe que cuanto más sumisas y obedientes, mejor trato recibimos. Nos volvemos más alienadas, más identificadas con que el problema solo tiene que ver con nosotras y que además lo poco que podemos hacer es seguir el tratamiento (en su gran mayoría son las pastillas). La medicación, la madre del cordero. Olvidamos que las personas nos sanamos o enfermamos en relación, olvidáis que la herramienta más poderosa para sanarnos sois vosotrxs mismxs.

DIAPPOSITIVA 13

Autor: Suso33

Autor: Borondo

<https://elgraffititambienesunarte.blogspot.com.es/2016/12/graffiteros-espanoles.html>

<http://artefeed.com/arte-callejero-gonzalo-borondo/>

“No se nota la enfermedad se nota
la medicación”



¿Qué tienen en común las personas que se les pone el diagnóstico de esquizofrenia? La diversidad de la experiencia humana se reduce a un esquema teórico, que generalmente se usa como medidor del resultado a conseguir, véase: la ausencia de síntomas. Como si la ausencia de síntomas fuera garantía de bienestar... Esto fomenta que sea el psicofármaco la herramienta estrella, para eliminar los síntomas. Y ¿qué pasa con nuestras vidas?, ¿cómo se fomenta lo crónico? Vemos cómo muchos compañerxs están sobre-medicados, algo que incapacita per se y estigmatiza, porque no se nota la enfermedad, se nota que tomas medicación.

DIAPPOSITIVA 14

Autor: Flix Flix

Autor: Dran

<http://www.mrpilgrim.co.uk/tag/bezt/#.Wjj4blWWbIU>

<https://www.terzoincomodo.it/pot-pourri/dran-leletrone-libero-del-paesaggio-urbano>

¿al servicio de la salud... o del
mercado?



En vez de incentivar los abordajes sociales y de relación, que fomentan la recuperación y evitan la cronicidad, se gastan grandes cantidades de recursos en drogas psiquiátricas, dando beneficios ingentes a la industria farmacéutica. Entonces... ¿para quién trabajáis? Necesitamos que os cuestionéis, que cuestionéis las dinámicas de poder en las que estamos todxs inmersas. Vuestra labor profesional... ¿está al servicio de la salud o del mercado?

DIAPPOSITIVA 15

Autor: NemO's

<http://espositivo.es/who-is-nemos-una-exposicion-mutable/>

Identidades que se **COMPLEMENTAN** en relación...

Profesional
Usuari@



Construyen cárceles de las que es difícil salir

Esta identidad profesional surge de la necesidad de una figura complementaria que mantenga ese reparto desigual del poder, apoyándose moralmente en su condición de "experto".

Un poder por un lado, en la relación paciente- experto, que se expresa en cuestiones como quién define el malestar, quién toma las decisiones sobre qué hacer para aliviar el malestar, si se contemplan las diferentes opciones y recursos de tratamiento, y éstos tratamientos a qué interés responden. Se tiende a confundir la **autoridad** del experto en su saber con **autoritarismo**, y se confunde también la **confianza** depositada por parte del paciente en una relación de ayuda con **sumisión**.

DIAPPOSITIVA 16

Autor: Phlegm

<https://www.dailyartfixx.com/2011/09/03/phlegm-street-art/>

El rol se petrifica en identidad



Cuando he planteado el esquema de poder en cursos o conversaciones con profesionales, aparece la pregunta: ¿Entonces? ¿Para qué me pagan? ¿Cuál es mi función? Yo lo tengo claro: Acompañar... Acompañarnos en nuestros procesos de recuperación y empoderamiento. Para ser más autónomos y responsables de nuestras vidas, para tener unas vidas que merezcan la pena vivir. Cuidar no es vigilar, ni coaccionar, ni juzgar...

DIAPPOSITIVA 17

Autor: Phlegm

<http://www.northleedslifegroup.com/wp-content/uploads/2013/04/Phlegm-main3.jpg>

Procesos de recuperación del colectivo de l@s profesionales

Psiquiatra (Gremio-estatus)

↳ Equipo Multidisciplinar- (Jerarquía/ Gremio-estatus)

↳ Familias (como Agentes válidos en la cuestión)

↳ Personas usuarias de los servicios



Necesitáis iniciar vuestros propios procesos de recuperación, que pasan por des-empoderaros. Un psiquiatra me narraba lo difícil del proceso que ha sufrido su colectivo, porque se ha tenido que ir adaptando en unas décadas, desde la superioridad gremial (por el poder de diagnosticar y recetar psicofármacos), hasta la inclusión que ahora estamos reclamando de lxs propi@s usuari@s, como expert@s por experiencia, poniendo en valor la herramienta del apoyo mutuo en los procesos de recuperación. Y claro, esto genera resistencias. Soltar privilegios y repartir el poder de toma de decisiones requiere un trabajo individual y colectivo.

DIAPPOSITIVA 18

Autor: Smug One

Autores: EKS.

Autor: Banksy

Autor: Suso33

<https://www.pinterest.cl/pin/461548661781517108/>

<http://nambrenaurbano.blogspot.com.es/2010/07/>

<https://www.taringa.net/posts/offtopic/19413085/Banksy-el-enigmatico-rey-del-arte-callejero.html>

Las condiciones en las que nos atendéis...



Rutina,
conformidad...

<http://www.complex.com/style/2014/05/street-artist-suso33-unveils-a-new-mural-in-madrid-but-you-may-miss-the-larger-picture-behind-it>

Y vuestras condiciones laborales, dificultan una buena labor. En general los servicios están sobrecargados. Y En nuestro colectivo vemos como se nos atiende: con prisa, de meses en meses, en ambientes constreñidos, sin espacio para la escucha... para el encuentro real.

Y así... ¿cómo nos va a servir de ayuda?

Acudimos a los servicios en situación de vulnerabilidad, de sufrimiento y el trato que recibamos es crucial para percibir que podemos hacer algo para aliviarlo. Hay que tener en cuenta que, en salud mental es fundamental el trato humano. El trato necesita de tiempo y de espacio, y me sale preguntaros si en vuestra práctica diaria ¿disponéis de ese tiempo y espacio para realizar un trabajo de calidad con las personas a las que atendéis?

DIAPOSITIVA 19

Autor: Bastardilla

<http://nambrenaurbano.blogspot.com.es/2011/03/nuevas-obras-de-bastardilla.html>

Coerción



Me paro en este aspecto de la coerción porque me parece importante, con las contenciones mecánicas: ¿cómo hacéis? El año pasado en un taller sobre contenciones, me preguntaba sobre el impacto generado en el personal que ha participado, ¿Qué trabajo de cuidados hay después? La respuesta fue que no hay un post contención, que el impacto se lo tragan lxs trabajadorxs que ejecutan, y que generalmente no deciden.

Ya no hablo de las consecuencias que tiene para nosotrxs, (muy traumáticas y dolorosas) voy a centrarme en vosotrxs.

Necesito decir que es importante para todxs que toméis conciencia de que esto también os daña, a lo humano que habita en vosotrxs bajo el rol profesional. Y me surgen muchas dudas cuando reflexiono sobre esto: si no sois capaces de atenderos en vuestro daño, del equipo humano que ejerce la contención,

(Porque ni siquiera se contempla que una acción violenta también tiene repercusiones en quien la ejecuta). Si no cuidáis de la salud mental de los equipos profesionales ¿Con qué herramientas vais a ayudarnos a nosotrxs con nuestra salud mental?

DIAPOSITIVA 20

Autor: Desconocido

Autor: Banksy

<https://www.minube.com/rincon/arte-urbano-2012-upv-valencia-a1080361>

<https://www.pinterest.com/pin/36943659422365724/>

¿Cómo os deja esto?



Entiendo, por lo que conozco, que en la dinámica laboral apenas hay espacios de encuentro entre vosotrxs que no tengan que ver con lo clínico o con los pacientes. Al igual que a nosotrxs la herramienta de los Grupos de Apoyo Mutuo nos sirve para crear un espacio dónde poder compartir y expresar lo que nos pasa con esto de ser pacientes, pienso que a vosotrxs lxs trabajadorxs os urge comenzar a crear vuestros propios espacios de apoyo, para ver cómo os afecta como personas el peso de la estructura. ¿Cómo os deja esto de ejercer coacción y coerción en vuestras practicas? ¿Habláis de ello? ¿Podéis hablar?, ¿tenéis miedo a hablar?

DIAPOSITIVA 21

Autor: Phlegm

<https://phlegmcomicnews.blogspot.com.es/2014/10/the-songbird-pipe-organ-dunedin.html>

**Necesitamos trabajador@s de lo
mental que...
pongan en cuestión los conocimientos
y prácticas**



Necesitamos que empecéis vuestros propios procesos de recuperación como colectivo de trabajadorxs de la salud mental. Poner en cuestión y revisar las prácticas y los conocimientos adquiridos... poner en cuestión la validez de los abordajes, si realmente facilitan o cronifican.

Los ingresos Hospitalarios, la coerción en la atención y el uso de contenciones mecánicas y químicas son expresión del fracaso del sistema en atender a nuestro colectivo.

DIAPPOSITIVA 22

Autor: Suso33

http://www.imgrum.org/user/jonpi82/216747050/1134803143211618260_216747050

<https://www.cromacultura.com/suso33/>

Salirse de la senda establecida para encontrarse



Democratizar las estructuras

Salirse del juego de poder, denunciar los conflictos de intereses, de las farmacéuticas, corporativistas, hacer objeción de conciencia con prácticas que vulneran derechos y denunciarlas... es un ejercicio de ciudadanía.

DIAPPOSITIVA 23

Autor: Banksy

Autor: Desconocido

<http://www.tripinsiders.net/banksy/>

<http://rodri3torres.com/como-la-musica-urbana-a-influenciado-a-nuestra-cultura/>

Respeto...como máxima



Por eso nos alegra cuando hay trabajadorxs de lo mental que denuncian o se oponen a prácticas que vulneran nuestros derechos... Cuando asumen que su trabajo es el cuidado y no el

control, dignifican su labor. Un Enfermero de Almería acaba de denunciar a fiscalía el control de cámaras de seguridad en las habitaciones en la unidad de hospitalización en la que trabaja. Se niega a estar parte de su turno mirando las cámaras. Y denuncia la vulneración de Derechos.

DIAPPOSITIVA 24

Autor: Banksy

Movimiento colectivo: "Acción Poética"

<https://arteurbano1993danho.wikispaces.com/IMAGENES>

http://www.pinsdaddy.com/nuke-banksy_NBjZz2rhMAO%7C7slxNOvpiFs4FwVheT2Ba5FUBF*lt00/

<https://www.accionpoetica.com/>

Tolerancia a la incertidumbre



Y nos alegramos de encontrar profesionales que practican la Humildad...

Tenemos el derecho a elegir, conociendo todas las alternativas...

...y tenemos el derecho a equivocarnos.

Aprender a aceptar que a veces la mejor opción es no hacer...

Que hay veces que la vida no se cura o tarda más de lo previsto.

Que hay veces que tenemos que tocar fondo para coger impulso y salir a flote...

Y en esta incertidumbre... que cada palo aguante su vela. Y que os preguntéis si intervenís por vuestro propio malestar, la incapacidad de sostener el dolor del otro a veces nos mueve a actuar para calmarnos a nosotras...

DIAPPOSITIVA 25

Autor: Man-o-Matic

Autor: Desconocido

<http://www.andaluciademuseos.es/news/1446/401/El-arte-urbano-irrumpe-en-Andalucia.html>

<https://www.pinterest.com/pin/168251736058896028/>

En la relación terapéutica



"lo que se omite es la noción de que la experiencia puede ser transferida, y que, tal como la vida proviene de la vida, quizás solo se pueda producir una cierta profundidad de la experiencia por medio de la presencia de otro ser que esté participando en esa profundidad, y no por manipulaciones" C.Naranjo



Cuando he experimentado un vínculo sanador, ha sido gracias a la honradez y transparencia de quien ha trabajado conmigo. Lo que me ha ayudado de parte de lxs profesionales ha sido esto. Si estas presente, consciente de tus contradicciones. Si eres una persona entera, se nota. No hay trampa ni cartón, estás realmente acompañada. No hay falsas promesas. Se nota cuando no eres veraz. Y esto en psicosis se percibe en un nivel instintivo y corporal.

DIAPOSITIVA 26

Autores: Boa Mistura

<http://www.boamistura.com/#/home>

El saber profesional al servicio de las personas que atiende



Si amas lo que haces se nota, se nota que te sientes realizadx. Lo contrario también se nota. Abandonad la distancia profesional. Supervisaos a vosotrxs en relación, vuestras intervenciones, ¿hasta qué punto me implico? ¿Qué me mueve? Un trabajador ante esto preguntaba, ¿Ahora tenemos que ser amigxs de los usuarixs? No se trata de eso.

Para no desbordarme en la relación... yo hago supervisión, de mis impresiones, sensaciones, mis actitudes, ¿qué rol desempeño? ¿Qué traje me pongo? ¿Desde dónde actúo? Esto me pregunto en mi experiencia cotidiana con los distintos roles y situaciones que vivo (como trabajadora, directamente afectada, compañera de asociación, compañera de grupo, amiga...) ¿qué rol desempeño en el momento, en la situación?... Al principio era más rígido ahora lo siento más fluido. Y sigo su-

pervisando en terapia, o en grupo, cuando encuentro dificultades en la relación...

DIAPOSITIVA 27

Autora: Julieta.XLF

<http://www.20minutos.es/noticia/2894137/0/tres-artistas-plasman-murales-mensajes-igualdad-genero-traves-arte-urbano/>

Alianzas para mejorar las condiciones de asistencia y laborales



Podemos establecer alianzas entre profesionales y personas que acudimos a los servicios de salud mental. De hecho, lo hacemos con quienes se abren a esta posibilidad. Establecer alianzas con aquellxs de vosotrxs que habéis renunciado a vuestros privilegios en la relación y os ponéis al servicio de nuestra salud y no del mercado o la institución. Es una necesidad estratégica: Si vosotrxs ganáis en calidad, en posibilidades más humanas de atención, nosotrxs ganamos en salud.

DIAPOSITIVA 28

Autor: Desconocido

<https://xarxagam.org/material-grafic/>

<http://www.letraslibres.com/mexico-espana/nussbaum-y-la-vida-humana-digna>

Sin horizontalidad no hay posibilidad de verdadero diálogo.

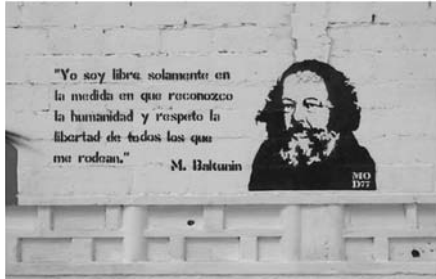


Y esta alianza solo puede surgir si dialogamos sobre las necesidades, las vuestras y las nuestras.... y sin horizontalidad no hay posibilidad verdadero diálogo.

DIAPPOSITIVA 29

Autor: MO-D77

<http://graffitibarranquilla.blogspot.com.es/2012/07/normal-0-21-false-false-false-es-co-x.html>



En resumen: He hablado de los procesos de construcción de identidad des-empoderada en nuestro colectivo, de cómo estos procesos crean a su vez un contrario que es la identidad profesional que abusa del poder. He hablado de cómo nos afecta esto a todos como personas, como seres humanos y del daño que nos hace.

Y quiero lanzar estas cuestiones para el debate: ¿cómo vivís estos procesos de construcción de identidades alienadas? ¿Cómo lleváis, o dicho de otro modo, qué cuerpo os deja el vivir las contradicciones internas que genera la práctica cotidiana en una dinámica de relaciones desiguales de poder?

Muchas gracias por la atención.

Los graffitis y pintadas usados en las diapositivas para la presentación "El trato horizontal como cura al abuso de poder" de Amaya Villalonga Alba en el Congreso AEN 2017, corresponden por orden de aparición a los siguientes artistas callejeros:

Massimo Mion, Banksy, Boamistura, El Rey de la Ruina, Above, Movimiento colectivo "acción poética", A1One, Phlegm, Mindaugas Bonanu, Suso33, Borondo, Dran, Flix Flix, NemO's, Smug One, Bastardilla, Man-o-matic, Julieta.XLF, MO-D77 (Algunas pintadas y graffitis son de origen anónimo) y se han extraído de las páginas de internet referenciadas.

REFLEXIONES CRÍTICAS EN TORNO A LAS PRÁCTICAS DE REHABILITACIÓN¹

Inmaculada Liébana Gómez
Terapeuta Ocupacional en el CRPS Latina



Fuente: aulainteractiva.org

*“Utilicemos el pensamiento crítico
como punto de partida, no
como fin en sí mismo”*

El propósito de esta mesa es que podamos compartir una pausa conjunta para revisar con una mirada crítica nuestras formas de entender y hacer en rehabilitación psicosocial.

Es una mirada que normalmente los profesionales intentamos evitar y eludir. Preferimos mirar para otro lado, aunque no nos guste admitirlo. Lo habitual en nuestros foros es que compartamos experiencias de intervenciones o programas que consideramos exitosos. Y eso es útil y necesario, por supuesto; pero absolutamente insuficiente si es todo lo que ponemos en común y si solo sirve para idealizar, mantener y replicar prácticas que acabamos considerando indiscutibles. Tal vez en rehabilitación nos sobre condescendencia y nos falte honestidad.

Hemos focalizado nuestras críticas en el sistema, en las instituciones, en el modelo biomédico, en una psiquiatría biologicista... pero tenemos que analizar si eso nos está sirviendo para diferenciar nuestras prácticas de aquellas que criticamos, o si, nos estamos amparando en esta crítica para responsabilizar a otros de nuestra incapacidad de cambio. Más aún, ¿hasta qué punto esta visión, nos está permitiendo identificarnos como los buenos de la película? Una película, por cierto, en la que nos guste o no, somos actores y no espectadores, no lo olvidemos. La cuestión es cómo estamos actuando nosotros.

¿Acaso no es incoherente criticar la medicalización y, sin embargo, ante situaciones que nos resultan complejas, delegar la intervención en esa psiquiatría medicalizada?

*“La clave no está en destruir la praxis
actual, sino en transformarla”*

Necesitamos una visión autocrítica, tantas veces malinterpretada como pesimista. Es la única forma de llegar a asumir nuestros errores y responsabilizarnos de ellos, de evitar las presiones que nos llevan a la estandarización y el conformismo. Lo realmente pesimista sería llegar a la conclusión de que tal y como está el escenario de la salud mental, estamos haciendo todo lo que podemos de la mejor manera, asumiendo una impotencia que no es real y que solo contribuye a mantener la hegemonía del modelo biomédico. Utilicemos el pensamiento crítico como punto de partida, no como fin en sí mismo. No confundamos la crítica con una falsa participación. Quejarse no equivale a crear nada. La autocrítica separada de la acción, resulta de poca utilidad.

La clave no está en destruir la praxis actual, sino en transformarla. Y muchas de las transformaciones que queremos, pueden parecer utópicas; pero sí está a nuestro alcance introducir cambios (por pequeños que parezcan) desde nuestro puesto de trabajo concreto. Cambios en el trato y en la posición en que nos colocamos, poniendo nuestro saber a disposición de las personas atendidas y preservando siempre su derecho a decidir.

1) Este texto corresponde a la presentación de la mesa-debate con el mismo título de las XXVII Jornadas Estatales de la AEN el 2 de junio de 2017, Madrid.

En rehabilitación, hemos alcanzado un consenso considerable en cuanto a nuestros discursos. Hoy en día, cualquier profesional que se precie defenderá la participación y el protagonismo de las personas que han sido diagnosticadas, la atención individualizada, los derechos humanos, la necesidad del vínculo, el empoderamiento, la intervención comunitaria y un montón de conceptos que tenemos incorporados en nuestro lenguaje. El problema, en mi opinión, es que existen contradicciones manifiestas, cuando trasladamos este discurso a las prácticas. Nuestras palabras han evolucionado mucho más que nuestras acciones y lo más peligroso: no somos conscientes de esta brecha.

En nuestro contexto, hay variables que nutren las incoherencias y contradicciones con las que convivimos en la práctica del trabajo diario:

- Hemos heredado innumerables formas de hacer y las hemos naturalizado. Esto quiere decir que en su día las hemos rutinizado, incorporado y validado en nuestra experiencia diaria y, con el paso del tiempo, llegamos a olvidar los orígenes, eliminando el pensamiento crítico en torno a ellas. Dicho de otro modo, hay muchas cosas que seguimos haciendo de forma dogmática bajo el velo inconsciente de “esto siempre se ha hecho así”.

Estas prácticas naturalizadas obstaculizan numerosas veces la incorporación de otros enfoques (sistémico, psicodinámico, aceptación y compromiso, humanismo), que en muchos casos se perciben como una amenaza capaz de tambalear la certeza y seguridad proporcionada por las prácticas tradicionales incuestionables. De esta forma se perpetúa el continuismo de un enfoque cognitivo-conductual que, bajado a tierra, se aleja bastante de un verdadero modelo psicosocial.

- Por otro lado, trabajamos bajo la exigencia, más o menos explícita, de que nuestras intervenciones se basen en evidencias científicas y produzcan resultados eficaces, cuantificables y objetivables. Todo ello, además, en un tiempo previamente establecido para que la ecuación resulte rentable en términos de coste/beneficio. Y si no respondemos a estas demandas externas, se nos cuestiona e invalida profesionalmente, de manera que resulta muy costoso sostener cualquier otro criterio técnico.

Este cientificismo impuesto, nos ha impregnado más de lo que creemos y se nos ha metido bajo la piel, en forma de protocolos, procedimientos sistematizados e indicadores que no terminan de encajar cuando caemos en la cuenta de que trabajamos con sujetos y no con objetos. No es simplemente que cada sujeto sea único y diferente, es que la identidad de cada persona se



Fuente: imgur.me

transforma y construye permanentemente en las relaciones con el otro y con el contexto.

Y tenemos que lidiar con la contradicción entre la atención individualizada y los procesos estandarizados. Si miramos los procesos de acogida, evaluación e intervención: ¿son rígidos y están creados en función de las necesidades de los profesionales?, ¿o son lo suficientemente flexibles para adaptarse a cada persona concreta? Porque si no, ¿qué entendemos cuando hablamos de procesos individualizados? Es más, las propias intervenciones y los objetivos que diseñamos, ¿no son alarmantemente homogéneos?

- Otra realidad de nuestro contexto, es que existe una asimetría de poder en las relaciones entre los profesionales y las personas atendidas. Poder que no solo se ejerce con los actos, sino también con el lenguaje que utilizamos. Y es primordial asumir esto y tenerlo siempre presente, precisamente para minimizar lo más posible ese desequilibrio de poder y en última instancia, para utilizarlo de forma responsable y consciente.

Si queremos que nuestras prácticas sean coherentes con nuestros discursos teóricos y filosóficos, tenemos mucho que cuestionarnos. Y es un ejercicio realmente complejo, porque son aspectos muy sutiles los que diferencian un buen hacer, de un hacer que tantas veces daña y perjudica. Y desde luego, a lo único que estamos ineludiblemente obligados, es a no dañar.

Estamos tan orientados a resultados y tenemos tan claros los resultados que hay que obtener (ese artificial concepto de “normalidad”), que nos hemos adueñado del proceso de rehabilitación, de la vida y de las decisiones de las personas a

las que atendemos. Creyendo, eso sí, que estamos produciendo un beneficio. Y no siempre aplicamos bien el principio de beneficencia: lo que nosotros consideremos beneficioso para alguien, no tiene por qué ser compartido por ese alguien. Constantemente entran en conflicto la autonomía de las personas atendidas con nuestra obligación de cuidar.

El principio de autonomía en sí mismo es otra fuente de conflicto. La autonomía es un sinónimo de libertad, tanto en sentido negativo (esto es, ausencia de coacción), como en sentido positivo (la capacidad de actuar). Y si somos honestos, es muy frecuente que obtengamos los objetivos deseados al precio de una coacción, apenas perceptible, a la que hemos llamado negociación o acuerdo, amordazando cualquier intento de actuación o de decisión que se salga del surco marcado por los profesionales.

¿No estamos fomentando la sumisión mucho más que la autodeterminación? Sumisión que, desgraciadamente, es asumida en muchos casos por las personas con diagnóstico, en una trampa perfecta, que lejos de permitirles emanciparse y responsabilizarse de su propia vida, contribuye a fomentar la infantilidad y cronicidad.

Son muchas las cuestiones que tenemos por delante y no exentas de debate; pero, sin duda, es un debate necesario para construir una rehabilitación que más allá de lo eficaz y eficiente, sea humana.

Comparto una reflexión que a mí me ayuda a entender mi papel como profesional:

Estoy aquí para intentar ampliar tu campo de visión

Estoy aquí para invitarte a experimentar, para desgranar todas las alternativas

Pero no puedo decirte lo que tienes que hacer, porque eso nos pondría en peligro a ambos:

tú correrías el riesgo de aprender a obedecerme,

y yo correría el riesgo de ejercer un poder que no me es legítimo.

Respetarte significa dejar que seas tú quien despeje las incógnitas.

Respetarte implica tolerar que no hayas podido esquivar la piedra con la que tropiezas...

...Y decirle a mi mano que nunca se canse de estar disponible.



Fuente: eduso.net

ENCUENTROS Y DESENCUENTROS ENTRE LA VACA-LOCA Y EL PATO-LOGICO

Leonel Dozza de Mendonça

Doctor en Psicología por la UCM. Director del Centro de Día y del EASC Parla (Consejería de Políticas Sociales y Familia de la CM, Fundación Manantial). Natural de Brasil, desde 1991 es el principal responsable de la difusión del Acompañamiento Terapéutico en España. Formador y supervisor de profesionales. Autor del libro "Acompañamiento Terapéutico y Clínica de lo Cotidiano", Letra Viva, Buenos Aires (ldozza@yahoo.es)



Fuente: e-pais.blogspot.com.es

"[hay una...] necesidad de (de)construir el conocimiento de forma colectiva, desde el dialogo entre saberes y sobre todo entre los saberes profesionales y en primera persona"

"...mucho de aquello que diagnosticamos como defectos, dificultades y síntomas individuales, [...] habría que pensarlos más bien en términos de

Síntomas Vinculares"

No voy a dar las gracias a la organización de estas jornadas por invitarme, pero sí daré las gracias por organizar unas jornadas en las que el tiempo de exposición de las ponencias es más o menos el mismo que el tiempo de debate con el público. En la actualidad hay una crisis importante de paradigma que apunta a la necesidad de (de)construir el conocimiento de forma colectiva, desde el diálogo entre saberes y sobre todo entre los saberes profesionales y en primera persona.

Mi intención es proponer una reflexión crítica de la rehabilitación desde lo que he podido observar en España (desde 1990), Brasil (mi país de origen) y Argentina, y sobre todo desde mi labor como formador y supervisor de profesionales, lo cual posibilita cierta visión panorámica de algunas encrucijadas y dificultades.

Seguramente hay muchas posibilidades de plantear esta reflexión crítica, pero he elegido hacerlo desde un enfoque vincular. Es decir, como terapeutas rehabilitadores, o facilitadores de la recuperación, creo que nuestra mirada debería de estar puesta en los vínculos que la persona trae dado y establece en su contexto familiar, los vínculos mutuos con nosotros los profesionales, con su comunidad más inmediata, y también los vínculos en el equipo y entre equipos etc.

El universo o red vincular de cada individuo va a determinar en gran medida su identidad, los roles que asume, sus modos de integración comunitaria o de "estar en el mundo" etc, y eso en muchos niveles.

Por ejemplo, en algunas instituciones (sobre todo las que se rigen de una forma más radical por el modelo biologicista) es común observar que muchos pacientes se pasan el día con "la mirada perdida", es decir, mirando el vacío y a veces incluso hablando solos. Ello parece deberse sobre todo a que, en estas instituciones, estos pacientes no son mirados de forma significativa ni significativa (el estereotipo sería el psiquiatra que no mira a los pacientes cuando habla con ellos... y si les mira con los ojos no les ve como sujetos). Al no ser mirados estos pacientes no tienen dónde mirar... y su mirada se pierde. Es interesante observar que este tipo de sintomatología o manifestación, supuestamente propio de las entidades patológicas de estas personas, desaparece con tan sólo cambiarles de contexto vincular; por ejemplo, cuando van a otro tipo de dispositivo residencial en el cual se les mira y se les ve como sujetos y se les habla teniendo en cuenta su subjetividad.

Por lo tanto, todo apunta a que mucho de aquello que diagnosticamos como defectos, dificultades y síntomas individuales, propios de la patología, propios de la psicosis etc; habría que pensarlos más bien en términos de *Síntomas Vinculares*, es decir: realidades que se configuran vincularmente y que, efectivamente, luego es po-

sible demostrar empíricamente el resultado de estos procesos sin tener en cuenta esa procedencia vincular de lo observado y diagnosticado.

Desde un enfoque vincular, ya no se trata de un Sujeto observador neutral que observa y describe a un Objeto objetivado, con su diagnóstico y defectos, sino de enfocar el vínculo entre sujeto y objeto como elemento fundamental en la estructuración de los fenómenos con que nos vamos a encontrar.

Por lo tanto, una concepción vincular nos implica a todos (familiares, usuarios, profesionales, comunidad) en mayor medida como co-promotores de la sintomatología, estados de alienación, manifestaciones de la cronicidad etc... y también de la recuperación y la salud si se da el caso.

Dicho en positivo, todo proceso de tratamiento, rehabilitación, debería dedicarse entre otras cosas a hacer diagnósticos vinculares y desde ahí buscar estrategias para potenciar la recuperación o bien cambiar las configuraciones vinculares que fomentan la patología, dependencia, cronicidad, estereotipia, alienación etc.

Últimamente se viene criticando el uso de las categorías diagnósticas. Aquí la propuesta sería pasar del diagnóstico individual al diagnóstico vincular: es más justo, más ético y terapéuticamente más eficaz.

Searles fue un psiquiatra que practicaba la psicoterapia intensiva en un hospital psiquiátrico. En un pasaje comenta que: "Una mujer paranoide me enfureció durante muchos meses, y también al personal de la sala y a las otras pacientes, con una actitud arrogante que parecía expresar que se consideraba dueña de todo el edificio, como si fuera la única persona en él cuyas necesidades debían tenerse en cuenta. Esta conducta desapareció sólo cuando pude percibir la similitud desagradablemente estrecha entre su tendencia a abrir o cerrar las ventanas de la sala común según sus deseos, o prender y apagar el televisor sin tener en cuenta a los demás, y el hecho de que yo entraba tranquilamente en su habitación a pesar de sus persistentes y ruidosas protestas, llevaba mi reposera, por lo común cerraba las ventanas, que ella prefería tener abiertas, y me dejaba caer en mi silla: en síntesis, me comportaba como si fuera el dueño de su habitación". (Searles, 1966, 123s)

Es importante destacar que con el cambio de actitud del terapeuta el síntoma vincular "de la paciente" desapareció... y sin psicoeducación, sin entrenamiento en habilidades sociales. En todo caso, tendríamos que hablar de psicoeducación vincular o entrenamiento en habilidades vinculares.

Por lo general es más fácil detectar estos síntomas vinculares en otros profesionales, otros equipos, otras instituciones y escuelas; pero son cosas que nos pasan a todos los profesionales y equipos, y los posibles cambios solo se producen desde el reconocimiento propio (como en el caso de Searles). Pero es inevitable el hecho de que nos cuesta reconocer estas situaciones, y de ahí que el empleo de esta "metodología de desmontaje de síntomas vinculares" requiere, además de formación, la supervisión externa del equipo.

Por lo general, tendemos a operar desde la imagen de un profesional ideal que, entre otras cosas, sería un profesional que no establece vínculos alienantes, no cronifica etc. Quisiera sugerir que el buen profesional no es aquel a quien estas cosas no les pasa; el buen profesional, o buen equipo, es aquel que dispone de herramientas para darse cuenta de que estas cosas ocurren.

No cabe pensar que los síntomas vinculares operan exclusivamente desde vínculos entre personas; se trata de algo que suele tener que ver también con la cultura de determinado equipo o institución e incluso con la cultura en general.

Es decir: podríamos preguntarnos cuáles son algunas de las manifestaciones tipo de las personas con problemas de salud mental en la actualidad, y desde ahí diagnosticar síntomas vinculares de nuestra época.

Incluso os voy a proponer un juego, que consiste en lo siguiente: tomemos un déficit o dificultad tipo que solemos atribuir a las personas con diagnóstico psiquiátrico. Desde este punto de partida, pensemos cual sería el posible diagnóstico vincular (pensado desde nuestra posible implicación), y luego, que "recetaríamos" para intentar mejorar lo diagnosticado.

Por ejemplo, tomemos el diagnóstico asociado de retraso mental en personas con psicosis. A mí me da igual los resultados de los tests psicométricos. En mi práctica profesional he visto desmon-



tarse muchos de estos diagnósticos de retraso mental asociado, lo cual hace pensar que en muchos casos el retraso mental es más bien un síntoma vincular, e incluso diría que un síntoma vincular bastante frecuente en nuestra época.

Y si es un síntoma vincular tendríamos que pensar nuestra posible implicación en ello. Diría que en nuestra cultura hay una tendencia más o menos generalizada a percibir a las personas con diagnóstico psiquiátrico como si tuviesen un retraso mental. Si eso lo preguntamos a los profesionales la mayoría diremos, desde el discurso, que esto no es así. Sin embargo, si nos vamos al ámbito de las prácticas en rehabilitación, a veces ocurre que la estructura, el encuadre y la tarea de determinados talleres, en efecto, tienen la estructura de talleres que serían más bien apropiados para personas con retraso mental.

El problema es que muchas personas con problemas de salud mental no se desmarcan de este vínculo alienante y acaban encarnando esa identidad que se les da desde fuera. Luego estos pacientes acaban siendo carne de cañón para los supuestamente objetivos tests psicométricos y estudios basados en la evidencia, los cuales no tendrán dificultades a la hora de demostrar la objetividad de los síntomas y los déficits del paciente, justo allí en donde nosotros diagnosticaríamos síntomas vinculares.

Una vez hecho el diagnóstico vincular, corresponde dar cuenta del “tratamiento”. En una situación así, a los profesionales yo recetaría más formación (en modelo vincular, recuperación) y supervisión externa de los equipos... y quizá también prescribiría dejar a un lado los tests psicométricos.

Partiendo de este modelo, podríamos seguir jugando a deconstruir síntomas individuales para hacer diagnósticos vinculares y luego prescribir el tratamiento. Debido a limitación de tiempo y espacio, solo voy a sugerir algunos “diagnósticos” individuales a modo de punto de partida:

- Las personas con diagnóstico tienen una actitud infantilizada (¿cual sería el diagnóstico vincular?)
- Las personas con diagnóstico no tienen deseo/motivación y por eso no vienen a los talleres
- Cuando vienen, las personas con diagnóstico no participan
- Las personas con diagnóstico no respetan las normas
- Las personas con diagnóstico tienden a la cronicidad y el deterioro

Si tuviese que delinear un eje para reflexionar sobre todas estas cuestiones, diría que el pato-lógico tendemos a percibir a la

vaca-locas como siendo supuestamente el negativo de nuestros ideales.

Allí en donde el ideal del pato-lógico pretende verse y ser visto como el que sabe y puede, habrá una mayor tendencia a percibir a la vaca-locas como no sabiendo ni pudiendo. De ahí toda la problemática, entre otras cosas, del asistencialismo y el pedagogismo en rehabilitación y Salud Mental en general.

Por ejemplo: es interesante observar, en los Informes de Evaluación que redactamos, que por lo general dichos informes hacen referencia casi exclusivamente a los déficits, sintomatología y dificultades de los usuarios, y apenas se mencionan sus aspectos positivos. En cambio, en los congresos y publicaciones observamos todo lo contrario: destacamos aquello que hacemos bien y apenas mencionamos no “negativo”, las dificultades, la torpeza, posiblemente debido a que en la estructura misma de la percepción la negatividad quedó depositada en las personas a las que atendemos.

Para finalizar, diría que todo lo planteado acerca de los desencuentros entre la vaca-locas y el pato-lógico no tiene por qué conducirnos al pesimismo. Si echamos una mirada panorámica a la historia, a medio y largo plazo, por lo general parece ser que hoy en día las personas con diagnóstico psiquiátrico viven mejor que, por ejemplo, antes de las reformas psiquiátricas. Y es justamente este movimiento hacia adelante, hacia la “liberación del loco”, la humanización del trato y, en definitiva, este movimiento que busca el encuentro, lo que hace patente un sinfín de desencuentros en lo que quizá sea la más torpe de las relaciones humanas, que es la relación entre el pato-lógico y la vaca-locas.



Fuente: vilardevoz.org

hem(●)s leído...

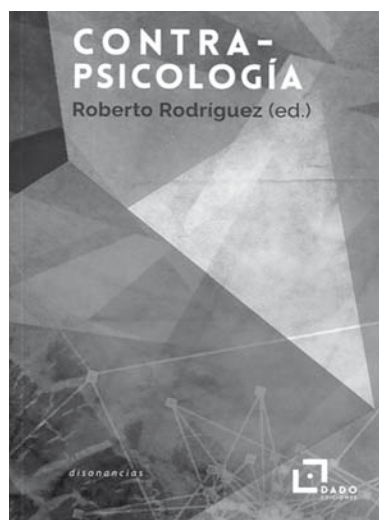
Carlos M. Jordán Cristóbal

CONTRAPSICOLOGÍA: DE LAS LUCHAS ANTIPSIQUIÁTRICAS A LA PSICOLOGIZACIÓN DE LA CULTURA

Roberto Rodríguez (ed.)

Ediciones Dado, 2016

450 páginas



Decía Puente-Ojea que toda ideología contiene en sí misma una vertiente crítica que, coyunturalmente, puede hacer que se incline en su dirección todo el conjunto, pero que, las más de las veces, convive con entera naturalidad con aquello que critica, cumpliendo una función de liberación de tensiones —individuales y colectivas— a la que denominaba horizonte utópico de las ideologías.

En el corpus ideológico de lo que conocemos como Salud Mental, la Antipsiquiatría ha cumplido ese papel desde hace unas cuantas décadas y, así, la reforma psiquiátrica, el apoyo a las asociaciones de pacientes o la lucha contra los excesos de la industria farmacéutica son vistos como avances alentados desde posiciones profesionales progresistas, sin que por ello se vea menoscabado el papel asignado a la psiquiatría como forma de control de algunos de los márgenes del funcionamiento social.

En este contexto, la Psicología Clínica, como rama sanitaria de la Psicología, se puede ver asimilada a esta vertiente más progresista de la Salud Mental de forma automática, por el hecho de poder plantear un discurso ajeno a los fármacos. A los pérfidos psiquiatras y sus inmisericordes prácticas coercitivas, muchas veces mediadas por intereses espurios, se les contrapone la figura del psicólogo clínico, alguien dispuesto a escuchar y con una sana y desinteresada vocación de ayuda. La idea de una Psicología al servicio de las personas sin que se sospeche de ella no se limita a la Salud Mental: en cárceles y en servicios sociales, en colegios y residencias de ancianos, en empresas y clubes deportivos, ante una catástrofe o una enfermedad como el cáncer, allí habrá un psicólogo para ayudarte.

Pero, ¿no resulta sospechosa esta ubicuidad? Contrapsicología: De las luchas antipsiquiátricas a la psicologización de la cultura, compilado por Roberto Rodríguez —Profesor de Psicología Social en la Rey Juan Carlos y autor él mismo de uno de los capítulos más interesantes del libro—, nos muestra la intrincada y poco edificante relación de la Psicología con la ideología de nuestros tiempos. Distribuidos en cuatro secciones —Historia, Epistemología y Ámbitos Institucional y Cultural— los capítulos van desmontando esa imagen de buenismo con base científica en dónde está situada la Psicología para devolvernos otra bien distinta: no como refugio de los individuos ante la desestructuración social y la imposibilidad de lo colectivo que plantea el sistema capitalista, sino como una de las herramientas para sostener y reproducir esta desestructuración.

Si el texto va mucho más allá de la crítica en el ámbito de la salud mental —aunque da cuenta de ella— y su lectura es recomendable para cualquiera, psiquiatras y psicólogos clínicos deben estar de enhorabuena con su publicación. Los primeros, para poder relajarse ante las críticas que puedan recibir de esos profesionales inmaculados que ahora dejarán de serlo; los segundos, porque la contundencia de esta crítica es la prueba evidente de la profundidad con que nuestra especialidad se enraiza con el discurso actual, una garantía de que también estamos del lado de los poderosos.

panóptico

LAS GACHAS DE ATOMOXETINA GANAN EL I CERTAMEN DE SHOWDRUGGING PARA PSIQUIATRAS COCINILLAS.

Se trata de una adaptación de los talleres de showcooking para psiquiatras.



Fuente: hu.depositphotos.com

Primadonna Munich. Redacción del Panóptico. Barcelona. Los talleres de Showcooking, en los que un cocinero de prestigio prepara y hace recetas frente a los invitados, de tal manera que al mismo tiempo puedan disfrutar de los platos recién hechos y ver su proceso de elaboración han llegado a la Psiquiatría. Expertos psiquiatras se han reunido en Barcelona en el I Certamen de Showdrugging Memorial Walter White para mostrar a sus colegas cocinillas novedosas técnicas de manipulación y combinación de pastillas. Los asistentes pudieron conocer de primera mano como esferificar antipsicóticos con alginato, una sustancia obtenida de algas naturales que crea esferas con una membrana flexible que explotan al entrar en contacto con la boca, para conseguir presentaciones tan atractivas como el falso caviar de clozapina con aripiprazol, los raviolis esféricos de paliperidona o las croquetas líquidas de asenapina con trazas de amargura de haloperidol. En el campo de los trastornos afectivos los expertos del Hospital Clinic de Barcelona nos propusieron dos técnicas complementarias. Por un lado el Rotavapor, utilizado por el chef español Joan Roca para destilar ingredientes y elaborar aromas propios, con el que se pueden conseguir combinaciones de estabilizadores de ánimo con “aroma a cobaya”; toda una experiencia nostálgica para los sentidos que nos transportaron a los tiempos del descubrimiento del litio. Actualmente no hay psiquiatra biológico que no tenga este aparato junto a sus fogones. Por otro lado con la “olla a depresión” se pudieron cocinar mezclas de antidepresivos a menos de 65°C, obteniendo sabores suaves y delicados a la vez que se conservan intactas las propiedades químicas. Es lo que hace Gastrovac, una olla inventada en la Universidad Politécnica de Valencia, muy popular en el mundo de la alta cocina y ahora adaptada al mundo de la depresión. Los expertos señalaron que lo más interesante es su aplicación del efecto esponja, basado en que la mayoría de los antidepresivos tienen poros llenos de aire que se vacían dentro de la olla y se pueden rellenar con otros compuestos líquidos para cambiar o completar el sabor de los fármacos. Así nos prepararon lágrimas de desvenlafaxina con gusto a menta, higos de imipramina y caquis que dejaban en el paladar un regusto a bupropion de barrica. Pero la estrella del certamen fue obra de un chef del Hospital Vall d’Hebron que logró la atención del jurado con unas gachas de atomoxetina realizadas con una aplicación de nitrógeno líquido y que finalmente se llevo el primer premio.

UN PACIENTE HACE UN “SPOILER” DE UN PROGRAMA PARA GENTE CON PSICOSIS.

El resto de pacientes teme los spin-offs



Fuente: perdidaenelsenderodelavida.blogspot.com.es

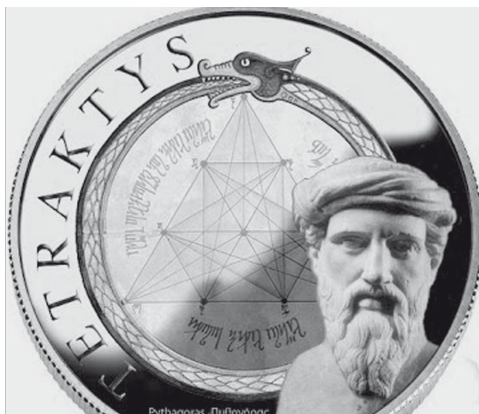
Chucho Swimmingpoll. Redacción del Panóptico. Madrid. Un grupo de pacientes que iban todavía por los primeros episodios de un programa para personas con psicosis lo han dejado tras haber conocido el final de la serie. Al parecer el “spoiler” se lo ha hecho otro paciente que ya conocía cuatro temporadas. “Yo iba por el capítulo de la conciencia de enfermedad, pero sabiendo ya el final no tenía mucha gracia continuar”, ha confesado uno de los que lo han abandonado. Sin embargo los guionistas aseguran que la serie va ganando en interés, que además cuenta con la ventaja de ser una serie para toda la familia. Los personajes principales tienen desarrollos muy

distintos sin que lo que se ve al inicio, ni lo que hace puedan determinar su desenlace. Se van añadiendo nuevos personajes como trabajadores sociales, enfermeras, psicólogas de rehabilitación, terapeutas ocupacionales y representantes farmacéuticos. También aseguran que aparecen nuevas situaciones como cambios de diagnósticos, urgencias en hospitales, grupos multifamiliares que mantienen el entretenimiento y la tensión de la serie durante unos años. Estas opiniones de los guionistas no han logrado convencer a los reticentes: “hay demasiadas partes y no quiero engancharme tanto”, asegura una de las pacientes. Al parecer la noticia de que el programa tiene varios spin-off como “Inyectables trimestrales: recupérate o revienta”, “Stranger cuidados” o “Por 13 razones a Media estancia” ha desalentado también a varios de los que vieron los primeros episodios.

INVESTIGAN SI HACKERS PITAGÓRICOS RUSOS ESTÁN DETRÁS DE LOS INDICADORES PARA LOS CSM.

Jefes de distrito de salud mental buscaban el tetraktys, el indicador capital

Joseph Mulberrytree. Redacción del Panóptico. Madrid. Un grupo de jefes de distrito de salud mental de Madrid que llevan años buscando infructuosamente unos indicadores numéricos para medir la estructura y el funcionamiento de los



Fuente: pinterest.es

centros de salud mental que dirigen podrían haber caído en manos de una secta pitagórica rusa. Según lo que hasta ahora se conoce, los compañeros comenzaron a observar como esta obsesión por la racionalidad y la numerología les llevaba paulatinamente a someterse a una gran cantidad de extrañas normas y prohibiciones: no comían carne ni habas, ni podían usar vestido de lana, ni recoger lo que se había caído, ni atizar el fuego con un hierro. Resultaba difícil comprender el sentido

de estas normas, si es que tenían alguno. Algunos presentes en las reuniones de equipo refieren cómo dividían a los profesionales entre novicios e iniciados. Los primeros solo podían escuchar y callar (exotéricos o acústicos) mientras que los segundos (esotéricos o matemáticos) podían hablar y expresar lo que pensaban acerca de las cuestiones científicas de los indicadores. Al parecer consideraban que los indicadores tenían que alcanzar la famosa tetraktys pitagórica, el indicador capital y que algunos indicadores como el número de pacientes con clozapina era un indicador místico. Igualmente defendían que al analizar los números se podían encontrar extrañas relaciones entre lo limitado y lo ilimitado en las agendas, lo par y lo impar en el número de evaluaciones y lo múltiple y lo uno en el número de visitas domiciliarias, simbolismos que nadie veía. Ante estas preocupantes aficiones los profesionales de estos centros pusieron el caso en manos de salud laboral que investigan si detrás de estos comportamientos se esconden hackers pitagóricos rusos.

EL PLAN DE SALUD MENTAL NO ESTABA MUERTO NI ESTABA DE PARRANDA: ESTABA ARREGLÁNDOSE UNAS HOMBRERAS.

Vuelven los ochenta a la salud mental.

Clementina Naranjito. Redacción del Panóptico. Madrid. ¿Donde estaba el Plan de Salud Mental escondido durante el año 2017? Algunos lo daban por muerto, otros pensaban que estaba de parranda y hay quien incluso pensaba que estaba en un curso de bioética kantiana. Pues no. *El panóptico* ha sabido de buena tinta que el Plan de Salud Mental se estaba arreglando unas hombreras. ¿Vuelve la moda de los ochenta a la Salud Mental madrileña?. En los mentideros profesionales ya se recomiendan para las consultas externas de salón de los hospitales minifaldas y sombras azules para ellas y chaquetas de



Fuente: masioncuisine.com

color pastel combinadas con mocasines para ellos. Se rumorea que para recuperar el sabor del aerobio de la neuropsiquiatría en los CSM se puede recurrir a los calentadores de colores y los bodys a rayas. Parecen que proliferan las camas de media y larga estancia como proliferan los pelos cardados, incluso entre los más jóvenes. En las peleas entre las tribus urbanas de los hospitales y los CSM, de nuevo de moda, no podrán faltar el jersey de tono pastel anudado al cuello para jefes de hospital y la chupa de cuero con tachuelas para los jefes de distrito comunitarios, con mallas ajustadas para ellas. Siempre ganan los pijos. Y las psicólogas en primaria con todos sus brillos y bisuterías. Pero no ha podido ser sino la hombrera, ese icono transversal que igualaba a neuróticos y psicóticos, a anti-psiquiatras y biologicistas, la prenda elegida por el Plan de Salud Mental para el viaje en el tiempo que nos propondrá. No estaba muerto, ni esta de parranda, estaba nostálgico.

CAMBIA LAS ESCALAS LIKERT DE SATISFACCIÓN POR LA ESCALA DE HECES DE BRISTOL EN UN CRPS DURANTE MESES SIN QUE SE NOTE.

Describía de forma metafórica la satisfacción de los usuarios.

Carmen Droversroad. Redacción del Panóptico. Madrid. Evaluar todas y cada una de las actividades que se realizan en los Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) mediante escalas likert de satisfacción que se pasan a los usuarios debe ser una tarea soberanamente aburrida y poco informativa. Al menos eso debió pensar una terapeuta ocupacional de un CRPS de Madrid, que hace unos meses decidió evaluar todas las actividades que ella dirigía mediante la Escala de heces de Bristol, que tiene un rango que va del estreñimiento importante a la diarrea acuosa. De esta manera obtenía imágenes mucho más visuales que las simplemente numéricas. Así la experiencia de

participar en un taller de lectura podía ser descrita como “algo con forma de morcilla con grietas en la superficie” o bien como “trozos de masa pastosa con bordes definidos que son defecados fácilmente”. El cambiao fue descubierto cuando una usuaria entusiasta de esta forma de evaluar describió una salida al Museo Naval, que dirigía otra profesional, como una experiencia de “trozos duros separados, como nueces o excrementos de oveja, que pasan con dificultad” que equivale a un 1 en la Escala de heces de Bristol. Pese a que la dirección del Centro ha decidido tomar en consideración esta evaluación metafórica, la terapeuta ocupacional no baja del 6-7 de la Escala.

HAY UN PSIQUIATRA EN ESPAÑA QUE LO HACE TODO.

Hay un psiquiatra que lo hace todo en España

Martín Barber. Redacción del Panóptico. Madrid. Hay un psiquiatra en España que lo hace todo, hay un psiquiatra que lo hace todo en España. Es el experto que sale en la radio, es el que se pronuncia sobre el fidget spinner y presenta películas por el barrio. Hay un psiquiatra en España que lo hace todo, hay un psiquiatra que lo hace todo en España. Es el que te hizo tu primer cribado y te encontró tu primera deleción. Hay un



Fuente: factorypyme.thestandardit.com

Escala de heces de Bristol

Tipo 1		pedazos duros separados, como nueces (difícil de excretar)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero llena de bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con rajaduras en la superficie
Tipo 4		Como una viborita, suave y blanda
Tipo 5		Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente)
Tipo 6		Pedazos blandos con bordes deshechos
Tipo 7		Aguado, sin trozos sólidos. Enteramente líquido

Fuente: charliesplace.info

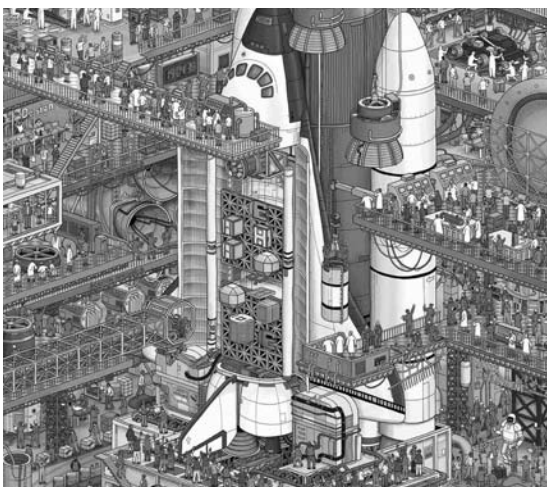
psiquiatra en España que lo hace todo, hay un psiquiatra que lo hace todo en España. Es el que escribe todos esos libros blancos, es el crítico literario más leído. Hay un psiquiatra en España que lo hace todo, hay un psiquiatra que lo hace todo en España. Es el genio visionario que inventó la prevención, es investigador principal y es catedrático de Estado. Hay un psiquiatra en España que lo hace todo, hay un psiquiatra que lo hace todo en España. Es el que pone fosforitas las neuronas, es amigo de la empresaria y conoce a la farmacéutica. Hay un psiquiatra en España que lo hace todo, hay un psiquiatra que lo hace todo en España. Traduce los artículos de Molecular Psychiatry y es el que hace los tratados de neuropsychophar-

macology. Hay un psiquiatra en España que lo hace todo, hay un psiquiatra que lo hace todo en España. Se inventa los debates que hacen en youtube, es presidente de algún que otro club. Hay un psiquiatra en España que lo hace todo, hay un psiquiatra que lo hace todo en España. Es el que redacta y responde las encuestas, es el hombre que reparte las becas y sale en la wikipedia. Hay un psiquiatra en España que lo hace todo, hay un psiquiatra que lo hace todo en España. Es el que gana las encuestas Forbes, es la máxima autoridad en investigación cerebral. Hay un psiquiatra en España que lo hace todo, hay un psiquiatra que lo hace todo en España. Es el que ha pintado en todas las esquinas “No al estigma, Otro mundo es posible” y tiene más premios que el Atlético de Aviación. Hay un psiquiatra en España que lo hace todo, hay un psiquiatra que lo hace todo en España. Es el hombre que da todos los parámetros, es que habla con sus señorías, es un verdadero artista. Les vamos a dar una pista, les vamos a dar una pista...

ENCUENTRAN A CHENCHO Y A WALLY EN LISTAS DE ESPERA DE SALUD MENTAL.

Se abre una vía de investigación para encontrar al “El fugitivo”

John Bush. Redacción del Panóptico. Madrid. La Policía Nacional ha resuelto dos de los casos más emblemáticos de personas desaparecidas de las últimas décadas: Chencho y Wally. Ambos se encontraban en dos listas de espera de los servicios de salud mental de Madrid. Chencho, el niño protagonista de la película “La Gran familia”, que se perdió en 1962 mientras paseaba con su abuelo por la Plaza Mayor de Madrid fue encontrado con un caganer en la mano parapetado en una lista de espera para psicología clínica de un CSM de un popular barrio madrileño. Por



Fuente: theaoi.com

otro lado, Wally, desaparecido desde 1987, cuyo retrato robot se había distribuido incluso entre libros destinados al público infantil, ha reaparecido en un espacio de agenda de un Centro de Salud Mental, el que va de la evaluación al seguimiento. El hueco era lo suficientemente amplio para que el joven pudiera permanecer oculto sin ser descubierto, consiguiendo la Wifi de un bar cercano. Ambos gozan de buena salud mental. Fuentes del cuerpo de la Policía Nacional han asegurado a *El Panóptico* que este hallazgo abre nuevas de investigación para encontrar a Richard Kimble, más conocido como El fugitivo, desaparecido en 1963 y que al parecer presenta un delirio paranoico con las farmacéuticas. Kimble podría estar huyendo de ingresar en contra de su voluntad en una unidad psiquiátrica de larga estancia en Arévalo donde está en espera de cama. La Policía Nacional ya ha activado un dispositivo de rastreo de esta lista de espera junto con el SAMUR psiquiátrico.

EL NIETO DE TOJEIRO VÍCTIMA TAMBIÉN DEL COLA-CAO.

El mindfulness igual de peligroso que las “drojas”

Carmina Lily. Redacción del Panóptico. A Coruña. Han pasado casi cinco lustros desde que José Tojeiro se hiciera famoso por haber sido víctima de un robo en su domicilio por parte de dos “prespiputas” que le echaron “droja en el Cola-Cao”. Pues



Fuente: pictastar.com

bien, recientemente Pepiño, el nieto de Tojeiro ha denunciado en la comandancia de la Guardia Civil que dos jóvenes que conoció por Tinder le asaltaron en su domicilio con un modus operandi parecido al utilizado con su abuelo. Según ha confesado la víctima, dos jovencitas con aspecto new age le visitaron durante varios días: echaban unas partidas a las constelaciones familiares en la mesa camilla, tomaban una taza de Cola-Cao y luego iban a cama. Todo era muy normal. Fue al tercer día que Pepiño empezó a sospechar. “Yo noté que tuviera una atención plena muchas horas; imposible que tengo

atención plena de pocas horas!” ha declarado en una entrevista a la Televisión Gallega. “Ahí fue cuando caí en el engaño: ¡Me echaron Mindfulness en el Cola-Caol!; y ese fuera el momento en que dirigiera la atención plena a mis cuerpos cavernosos y las prespitas me sustrajeran el boleto de la bonoloto”. El caso ya está en manos de la Guardia Civil que ha recordado en su cuenta de twitter que el mindfulness usado apropiadamente es una técnica segura que evita muchas manifestaciones.

UNA OTORRINOLARINGÓLOGA ASEGURA QUE FOUCAULT ESTÁ VIVO.

Ultimamente le pitán los oídos por razones biopolíticas.

Gonçalves Silence. Redacción del Panóptico. Madrid. Una Especialista de Otorrinolaringología asegura haber atendido el pasado mes de Junio, en la consulta del ambulatorio de Hermanos García Noblejas, a Michel Foucault, filósofo francés dado por muerto en 1984. Según la Dra. Gálvez, la especialista que



Fuente: nomaszumbidos.com

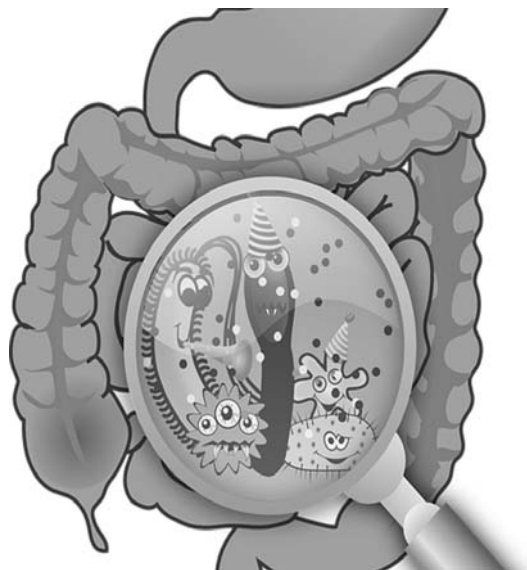
le atendió, Foucault se presentó en su consulta aquejado de un fuerte tinnitus biopolítico: “le pitaban los oídos a todas horas y pensaba que su suplicio formaba parte de una liturgia punitiva del poder antipsiquiátrico”. Según Paul Milla, seguidor español del pensador galo, Foucault se habría retirado de los focos mediáticos en 1984, simulando su muerte, para así poder tomar una decisión de autonomía posestructuralista subversiva: someterse a tratamiento psicofarmacológico con el doctor López Ibor. Paul Milla afirma que existían sospechas fundadas de que el filósofo llevaba una anónima vida medicada en el barrio de la Concepción. Según Milla la enigmática frase pronunciada delante de la doctora podría hacer referencia a que últimamente proliferan jornadas de extremistas antipsiquiátricos en la ciudad de Madrid donde se le cita constantemente de forma poco rigurosa. “Literalmente le pitán los oídos a todas horas”,

afirma un Milla enfadado, recordando la frase del genial pensador francés: “Es feo ser digno de castigo, pero poco glorioso castigar”.

BACTERIAS DE LA MICROBIOTA INTESTINAL RECLAMAN SU DERECHO A NO SER TRATADAS CON PROBIÓTICOS.

Rechazan el poder vertical de sus huéspedes.

Mary Lonesome. Redacción del Panóptico. Madrid. La microbiota intestinal, considerada como el segundo cerebro, es una comunidad viva de más de cien billones de individuos que quiere organizarse políticamente, cansada de que en los congresos de psiquiatras solo hablen sus huéspedes y no puedan expresar su voz. Hasta ahora las bacterias más concienciadas y que han alzado su voz son las que habitan en los intestinos de los psiquiatras. Denuncian que se está intentando patologizar su diversidad imponiendo tratamientos probióticos para homogeneizar sus conductas en colusión con la industria alimentaria. Recuerdan que los más de mil tipos de bacterias descritos no son más que etiquetas clasificatorias que no dicen nada sobre la subjetividad o los problemas sociales que tienen que enfrentar día a día en los ecosistemas intestinales. Rechazan el reduccionismo biologicista a la hora de considerar el problema de su libre albedrío. Para los activistas microbianos el relacionar enfermedad mental con determinadas microbiomas es un proceso de violencia y exclusión que dificulta que su diversidad sea aceptada por otras células tisulares. Reclaman una relación más horizontal y abordajes entre iguales a través de grupos de apoyo microbianos.



Fuente: hjerteforeningen.dk

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

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

Dirección Centro _____

Población _____ Provincia _____

Solicita:

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

D. _____

D. _____

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: _____ / _____ / _____

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

DATOS BANCARIOS

BANCO/CAJA DE AHORROS _____

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

Firma solicitante





www.amsm.es

AMSM

Asociación Madrileña de Salud Mental

Dirección C/ Magallanes, 1

Sótano 2, local 4.

Teléfono 636725599

Fax 918473182

correo e. aen.amsm@gmail.com

web www.amsm.es