

Viaje con nosotras... (destino postpsiquiatría, billete sólo de ida)

Travel with us... (destination postpsychiatry, one-way ticket)

AMAIA VISPE ASTOLA, DÁCIL RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, YAIZA GORDILLO DÍAZ,
MARLENE SOCAS SOCAS, ISABEL DELGADO MORENO

*Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Servicio Canario de Salud,
Santa Cruz de Tenerife, España.*

Correspondencia: Amaia Vispe Astola (amaia_vispe@hotmail.com)

Recibido: 04/10/2017; aceptado: 24/10/2017

Resumen: Nosotras somos enfermeras con muchos años de experiencia trabajando en psiquiatría. Durante todos estos años, partiendo del modelo biologicista habitual en el que nos formamos, hemos estado buscando un modelo de trabajo que se corresponda con nuestros valores y creencias y, sobre todo, que sea verdaderamente útil para las personas con las que trabajamos. El presente artículo relata nuestro viaje en busca de ese modelo de trabajo partiendo del panóptico foucaultiano, el construccionismo social, la narrativa y otras influencias como la terapia breve y la indagación apreciativa, definiendo nuestra posición postpsiquiátrica. Planteamos también algunos desafíos de nuestra mirada posmoderna para nuestro trabajo cotidiano. Sabemos que no es un modelo teórico completo y tampoco pretendemos que lo sea. Contamos nuestro camino y lo compartimos para quien pueda serle útil.

Palabras clave: enfermería, postpsiquiatría, narrativa, paradigmas, posmodernidad.

Abstract: We are nurses with several years of experience working in psychiatry. During all these years, starting from the common biological model in which we were trained, we have been in search of a model of work that corresponds to our values and beliefs

and, above all, that is truly useful for the people with whom we work. The present article describes our journey in search of this model starting with the Foucauldian Panopticon, social constructionism, narratives and other influences such as brief therapy and appreciative inquiry, defining our own postpsychiatric position. Our postmodern views also pose challenges to our daily work. We know that it is not a complete theoretical model and we do not aim it to be such a model. We inform about our own way and share it for whoever might find it useful.

Key words: nursing, postpsychiatry, narrative, paradigms, postmodernity.

“Por un mundo en que seamos socialmente iguales, humanamente diferentes y totalmente libres”

Blanca Botello citando a Rosa Luxemburgo, vía Javier Padilla

INTRODUCCIÓN

NOSOTRAS ENTENDEMOS LA POSPSIQUIATRÍA como un viaje, como un viaje en el que hemos dejado de lado una serie de certezas para viajar más ligeras. Un viaje muy enriquecedor para nuestro trabajo. No podemos entender la postpsiquiatría sin la práctica clínica diaria. Y no podemos entender la práctica diaria sin un posicionamiento filosófico que nos muestre un mapa por donde caminar, intentando unir el mapa con el territorio (1), intentando que nuestra práctica diaria case con nuestro modelo. Sabiendo que el sol no brilla solo sobre nuestra historia, sobre nuestro modelo, creemos necesario delimitar ese mapa.

Somos enfermeras y trabajamos para acompañar a personas que en algún momento de su vida han podido escuchar voces, voces impactantes y descalificadoras, voces irrespetuosas que hablan con autoridad y pretensión de verdad de sus vidas (2); incluso acompañamos a personas que puede que, el resto de su vida, estén sujetos a esas voces; trabajamos para personas que sienten que les persiguen y que están convencidos de que algo malo les va a pasar al salir de su casa; también trabajamos para personas que creen que los vecinos los insultan y que la envidia de los demás hace que ellos no puedan destacar en sus vidas; acompañamos a personas que piensan que tiene un chip en su cuerpo y que a través de ese chip pueden comunicar información al gobierno; trabajamos para personas que sufren porque no entienden la sociedad que les rodea y también para otras que pasan unos días muy tristes y otros días son capaces de comerse el mundo. Este acompañamiento camina en el territorio de lo cotidiano, haciendo equilibrios en la cuerda floja que separa cuidado y control (3).

Como nos explica Fernando Colina (4), y nosotras lo entendemos como lo que es, un intento de explicación y no de *verdad*, las personas enferman para poder contar su verdad y esa verdad, ese delirio, solo es un intento de poner a salvo un secreto. Siguiendo a Colina, llamamos psicótico a quien no puede mentir, a quien no logra establecer una diferencia clara entre su pensamiento íntimo y su discurso articulado. El tener que volverse opaco para poder forjar la intimidad no es una tarea fácil en la vida de todos nosotros, requiere un esfuerzo de maduración cuyo primer paso sería precisamente conquistar la facultad de mentir, es decir, la posibilidad de guardarse para sí lo que se piensa y sustituirlo por un contenido distinto. Así, la transparencia es el peor de los tormentos. Como señala Colina, la locura vuelve a la persona transparente por exceso de sinceridad; cuando no es posible desdoblarse la posición entre lo que se dice y lo que se piensa, enloquecemos y sentimos que los demás circulan por nuestro interior: creemos que vigilan nuestros pensamientos, gobiernan nuestros deseos, sustraen nuestras ideas e implantan receptores en el cuerpo para sus malvados planes.

Nosotras queremos convertirnos en puertos seguros, intentamos crear hogares donde su locura forme parte de su vida y puedan vivir con dignidad, guardando esos secretos tan transparentes para ellos.

KUHN Y LA MODERNIDAD

Nosotras somos hijas de la modernidad, hijas de la tradición filosófica de una Europa occidental que ha considerado sus discursos superiores (5), y somos hijas del modelo más biologicista. Se nos ha adiestrado en vigilar los pródromos de una supuesta enfermedad, al estilo de Sherlock Holmes (6). En este estilo el profesional, es decir, nosotras, necesitamos tener un conocimiento especializado, aptitudes de observación y la habilidad para perseguir la verdad con firmeza. Sherlock Holmes es, en muchos sentidos, el prototipo del hombre de ciencia moderno. Reúne todas las pruebas, los indicios y luego los interpreta lógicamente y llega por inferencias a la verdad. De esta manera, nos enseñaron y aprendimos a diferenciar los síntomas negativos y los positivos; también sabíamos diferenciar los diferentes tipos de bipolaridad y éramos expertas en adiestrar a las personas en la adherencia al tratamiento y la conciencia de enfermedad. Nos formamos creyendo que había una verdad que podíamos descubrir en cada persona; considerábamos que existía una realidad objetiva en la que encontrar lo patológico. Nos situábamos como expertas en catalogar esta realidad como normal o anormal y empleábamos el diagnóstico como determinación de lo que no funcionaba, otorgando importancia al pasado de la persona como origen del problema. En nuestros comienzos, aprendimos a desplazar las historias y relatos de las personas por formas y saberes especializados en la disciplina

profesional. Aprendimos a analizar los comportamientos a partir de conocimientos altamente especializados. Esto nos brindaba un acceso privilegiado a la verdad, a la verdad objetiva de la vida de las personas. Y todo esto reforzaba cada día una poderosa exclusividad, que nos sitúa a ellos por un lado y a nosotros por el otro. La demostración de estas competencias y de estos conocimientos franqueaba el ingreso a un mundo de oportunidades tanto laborales como económicas (2). Venimos de esos lugares en los que una negativa a tomarse el tratamiento puede suponer atar a la persona a la cama con la “autoridad” de un conocimiento especializado (7).

La historia que les vamos a contar es la historia de cómo estas enfermeras modernas miraron más allá de la modernidad y comenzamos a abrazar preferencias teóricas de tipo constructivista-construccionista, narrativas, sistémicas y centrada en soluciones. Miradas que nos ayudaron a cuestionarnos la hegemonía de los conocimientos psiquiátricos y los discursos patologizantes. Esta visión no nació adulta y no está acabada y, por supuesto, no es exclusivamente nuestra. Es el resultado de una amplia modificación de posturas previas mediante la reflexión, la experiencia y el cambio a lo largo de un tiempo extenso (8). Nos gusta decir que no trabajamos como hace diez años y que estamos seguras de que dentro de diez años no trabajaremos como lo hacemos ahora, despojadas de certezas y llenas de dudas.

Para comenzar por lo más abstracto en este crujió de nuestras ideas modernas, comenzaremos por mencionar a Kuhn (9). Este se opone a que la ciencia descubra la verdad, considerando que esta no consiste en una acumulación continua de conocimientos, sino en una serie de revoluciones muchas veces tensas e irracionales y que, por supuesto, la ciencia no es independiente de su entorno social. Nos habló de que la ciencia pasaba por momentos de ciencia inmadura, ciencia normal y ciencia revolucionaria, y el paso de una a otra se basaba en criterios extra-lógicos como pueden ser la persuasión, la popularidad, los intereses económicos o profesionales. La industria farmacéutica influye de forma clara en la elección del paradigma y, dentro de su paradigma preferido, que es el biológico, influye en la clasificación de las enfermedades mentales y por supuesto en la medicalización de condiciones que no merecerían en ningún caso el apelativo de “enfermedades” (10). Comenzamos a leer cómo los paneles de expertos del DSM se reunían y en forma más de comedia de situación que de cónclave científico decidían qué trastornos entraban y de qué manera lo hacían en una clasificación que luego los profesionales hemos seguido como si fuera la Biblia (y que, a pesar de definirse como texto científico, carece de cualquier tipo de referencia bibliográfica a sus fuentes). Se ha sabido que más de la mitad de los expertos del DSM-5 tienen conflictos de interés, algunos por elevadísimas cantidades de dinero, con los laboratorios que producen los fármacos indicados para cada categoría. Es por esto (2) que la “agudeza diagnóstica”, la capacidad de emitir un diagnóstico preciso y acertado, es altamente rentable y brinda acceso al

poder institucional. Es prácticamente imposible que los profesionales de la salud mental se ganen la vida si no subordinan su trabajo a las clasificaciones del DSM en cualquiera de sus versiones. Al criticar el conocimiento experto como el del DSM no estamos sugiriendo que estos conocimientos sean falsos y los conocimientos locales sean verdaderos. Tampoco sugerimos que los conocimientos expertos sean invenciones que solo sirven para disfrazar un tipo de poder y que los conocimientos locales son los conocimientos “auténticos” que se oponen al poder. Lo que ocurre es que no estamos comprometidas con una *verdad*, no necesitamos luchar hasta el final para asegurarnos de que nuestra visión prevalece sobre las demás, sino que consideramos que tenemos que mantener una actitud crítica y una invitación al diálogo y a una comprensión conjunta a diferentes realidades (11,12). Y lo que criticamos es que el conocimiento experto, en nuestro entorno y de manera hegemónica, establezca una exclusividad respecto a lo que se puede denominar verdad de la vida de las personas.

Muchos discursos profesionales tienen una pretensión de *verdad* como ya hemos señalado. Nuestra visión posmoderna de nuestra práctica hace que entendamos los diferentes paradigmas como mapas con los que movemos por la realidad. Mapas que no tienen valor de verdad, sino de utilidad. Nosotras no rechazamos los modelos, sino que los empleamos en la medida en que puedan ser útiles, sin enamorarnos de ninguno y sin hacer encajar al paciente como sea en esas verdades absolutas.

Tomando como ejemplo el principio de incertidumbre de Heisenberg, sabemos apreciar que, por el mero hecho de observar, alteramos lo que observamos. Somos conscientes de que, por el hecho de trabajar para la psiquiatría como institución, las personas a las que acompañamos nos transmiten su realidad teñida de lenguaje psicopatológico y más allá de nosotras llega a otros elementos de la institución configurada como una determinada realidad. Así, somos de alguna manera colaboradores en las descripciones que hacen las personas de sus vidas y sus realidades. Esto nos da esperanza en nuestro trabajo. “Esperanza que no es la convicción de que las cosas saldrán bien, sino la certidumbre de que algo tiene sentido sin importar el resultado final” (Alfred Cheney Johnston). Nuestro éxito depende de si somos capaces de leer el mundo que hay a nuestro alrededor y realizar un “diagnóstico” mejorado. Construir la realidad en la que vivimos a través de la elección de las palabras que utilizamos.

“Donde hay poder, hay resistencia”

Michel Foucault

EL PANÓPTICO Y SUS FORMAS

Continuando con ideas y con autores que también han marcado nuestro recorrido profesional, nuestro viaje, queremos mencionar una idea muy interesante

sobre el poder y el saber desarrollada por Foucault (13,14). Michel Foucault, que es otra de nuestras influencias en esta historia, intentó demostrar que las ideas básicas que la gente considera verdades permanentes sobre las personas y la sociedad cambian a lo largo de la historia.

El panóptico es una forma arquitectónica inventada por Jeremy Bentham en el siglo XVIII. Lo propone como un modelo “ideal” para la organización o distribución de personas en el espacio, de forma tal que las convirtiera en “cuerpos dóciles”. La consideraba ideal, ya que aumentaría la eficacia de las personas a la vez que reduciría al mínimo los esfuerzos necesarios para supervisarlas.

Como forma arquitectónica, el panóptico constituía un edificio circular con un patio en el centro. El edificio podía tener varios niveles, cada uno de ellos con la altura de una sola habitación. Cada nivel estaba dividido en espacios pequeños, en habitaciones, y cada habitación tenía una ventana trasera que dejaba entrar luz natural y una amplia apertura al patio central. No había ventanas laterales con lo cual las personas no podían tener contacto directo entre ellas. La torre central estaba situada de tal manera que las personas de las habitaciones no podían ver a los guardias. Las personas que se encontraban en esas habitaciones eran objeto de observación perpetua. De este modo, se sentían objeto de una mirada omnipresente. Este mecanismo de poder tenía el efecto de “incitar” a las personas a actuar como si estuviesen siendo observadas en todo momento.

Esto permitió que los individuos fueran “captados y fijados por escrito”, y esto facilitó la confección de estadísticas y el establecimiento de normas, es decir, la construcción de conocimientos globales sobre personas particulares. Un gran ejemplo de desarrollo de conocimientos globales basados en conductas particulares lo tenemos en Emil Kraepelin, padre de los conceptos actuales de esquizofrenia (demencia precoz) y trastorno bipolar (psicosis maniaco-depresiva), que desarrolló la parte inicial de su trabajo clasificatorio, base de las actuales nosologías psiquiátricas, en un manicomio de la actual Estonia en el que ni siquiera hablaba el idioma de los pacientes ya que él era alemán (15). En estas condiciones tan lamentables de observación, Kraepelin construyó sus categorías, que nosotros tomamos ahora como si fueran clases naturales, como si fueran *reales*.

El panóptico proporciona una forma de control muy económico y eficaz y es semejante al poder institucional que se ejerce en los hospitales psiquiátricos: en la medida en que se utilizan “técnicas de dominación” que requieren un “conocimiento experto”, una vigilancia y el fomento de una subordinación interiorizada. Pero hay algo más a destacar, el gran encierro en los manicomios se produjo un par de siglos antes de que llegaran los médicos a los mismos. Estos encierros se realizaban sobre una mezcla heterogénea de locos, alcohólicos, criminales, adúlteras, demenciados o deficientes mentales y, mucho después, llegaron los médicos, los psiquiatras, desarrollando

sus clasificaciones y sus árboles botánicos con las especies de la locura. Poco podría esperarse de una clasificación hecha a partir de semejante material de investigación.

Leer a Foucault hablar sobre el panóptico nos ayudó a conectar el poder/saber/control de una unidad de hospitalización psiquiátrica, donde todas habíamos trabajado previamente y nos hicimos esta reflexión: Imaginemos por un momento lo que puede suponer para una persona un ingreso en una unidad de psiquiatría. Creo que ninguna de las personas que nos leen pondrían en duda que es una situación estresante añadida a la que provoca la crisis en la persona, sobre todo en un primer ingreso y si este no se ha solicitado voluntariamente. Un espacio desconocido, cerrado, con personas desconocidas que, sin poder evitarlo, crean temor y desconfianza, con infinidad de normas, en muchas ocasiones sin poder recibir visitas ni llamadas de familiares o seres queridos, horarios y costumbres que nosotros hemos incorporado como necesarias, pero que la persona vive como impuestas, excesivas y muy diferentes a las de su casa. Todo esto, sumado a los temores y prejuicios de ser considerado un “enfermo mental”, rodeado de otras personas en crisis y sin un rol específico que facilite la adaptación, convierten a las unidades de psiquiatría en un entorno inquietante, hostil y en ocasiones incomprensible para las personas.

Como enfermeras trabajando en una planta de psiquiatría nos adiestraron para tener en todo momento la imagen de la autoridad, guardar límites y llevar a rajatabla un listado infinito de normas y, por supuesto, muy importante, comprobar que los pacientes se tomaran correctamente el tratamiento. Desgraciadamente, es en estos momentos cuando para la persona ingresada por una crisis, este ingreso se puede convertir en un elemento traumatizante y lo que más necesita es un ambiente terapéutico contenedor y constante que proporcione una experiencia de escucha y respeto a su malestar desde la que ir recuperando sus aspectos más sanos.

Conseguir que las unidades de psiquiatría dejen de recordarnos a un panóptico, a su esencia, y convertirlas en espacios de contener y otorgar significados a las experiencias de las personas, para posibilitar cambios más respetuosos sería, por tanto, una importante misión que nos queda a los profesionales de la enfermería.

En la actualidad, el panóptico ya no es tan evidente como podría serlo en las unidades de psiquiatría, sino que ha derivado a otras formas más sutiles de control, ya no es una forma arquitectónica, ahora es una idea que ha evolucionado en una nueva forma de control: la vigilancia piramidal (16). Como dice Pablo Alonso: “Esto sería la creación de una jerarquía que permitiera que, el que está por encima, supiera lo que está ocurriendo en todo aquello que controla, sin estar en contacto directo [...] El objetivo final es que sean los propios vigilados los que se vigilen entre sí y que se autovigile” (16).

Y la mejor autovigilancia que conocemos hoy en día es lo que llamamos la “conciencia de enfermedad”, que la persona se sienta o se crea “verdaderamente

enfermo”; el método que utilizamos para ello los profesionales de la enfermería es la psicoeducación. Colina dice que “promover la conciencia de enfermedad va más encaminado a sostener una ideología concreta respecto a la locura que a comprender a la persona con psicosis”. Y que “exigir, tantear o conseguir que el psicótico se reconozca enfermo tiene más de confesión religiosa o judicial que de ejercicio clínico”. Como se señaló en las Jornadas de la AEN de 2017 en Madrid, lo que los profesionales realmente estaríamos buscando es que los pacientes desarrollen “conciencia de quién manda”.

Otro claro ejemplo de poder/saber/control lo vemos con los diagnósticos en salud mental. Siguiendo de nuevo a Colina, con la etiqueta diagnóstica ejercemos una violencia especial que no nos ayuda a conocer a la persona ni a hablar con ella. A la persona se le impone una etiqueta, en ocasiones desde la primera experiencia psicótica vivida, con un gran sentido negativo, de cronicidad y, lo peor de todo, para ciertos profesionales la esencia de la persona se reduce a ese diagnóstico, marcándola claramente para el resto de sus vidas. Foucault sostenía que el diagnóstico tiene más un valor de decisión y de decreto que de clasificación.

Desde nuestro punto de vista, lo más importante a la hora de abordar el “tratamiento” de las personas que han vivido un proceso psicótico o que todavía están en ello, es aprender a tratarlos desde fuera de la enfermedad, como nos dice Colina: “Casi sin nada que curar y mucho menos que superar, dejando a un lado el diagnóstico todo lo posible [...]. El diagnóstico nos parece que es el nuevo encierro de la locura. Nada menoscaba tanto la imagen de las personas ni las estigmatiza tan testarudamente como lo hace un dictamen; nada los marca tanto ni los aísla más en la sociedad. La nueva camisa de fuerza es conceptual. Creemos que este afán clasificatorio ha escapado del asilo y campa libremente por la sociedad, atreviéndose a diagnosticar toda conducta que se salga de una normalidad imposible con los nombres de los más variopintos trastornos”.

Utilizamos el término esquizofrenia para referirnos a una supuesta enfermedad que conduce obligatoriamente al deterioro o la demencia. Nosotras pensamos que el diagnóstico y su “esperable” evolución es un tipo de violencia, un tipo de violencia más sutil que cuando primaba la idea de encerrar a los locos en inhumanas y humillantes condiciones, privados de libertad y amontonados en asilos y manicomios. Citando de nuevo a Fernando Colina: “violencia sutil pero igualmente nociva, que es más complicada de desenmascarar y está oculta en la concepción de las enfermedades, en las actitudes terapéuticas y en los tratamientos aplicados”.

Al hilo de lo anteriormente dicho, nosotras consideramos que la prescripción de tratamiento farmacológico de por vida para garantizar la “estabilidad” de la persona con diagnóstico de psicosis también es una forma de panóptico. Lo vemos claramente como una forma de control externo a la persona. Inicialmente se nos de-

cía que la medicación que se administra a través de un pinchazo, a la que llamamos tipo depot (liberación prolongada), era indicada sobre todo para las personas en las que no se podía asegurar una correcta toma de tratamiento oral o también nos lo “vendían” para evitar que las personas tuviesen que tomar tantas pastillas y que no se “sintieran” enfermos todos los días de su vida (la industria siempre tan preocupada por el estigma y el autoestigma). A lo largo de nuestra experiencia, vemos que esto no se corresponde con la realidad. Todo lo contrario, muy rara vez nos encontramos con pautas de tratamiento en las que no haya prescrito de forma prioritaria algún tipo de inyectable (de elevadísimo precio, por supuesto) unido a multitud de fármacos orales. Continuamos viendo “balas mágicas” en forma de medicación de dispensación depot como un ejemplo de la falacia del progreso (según la cual cada nuevo fármaco será mejor que el anterior), asemejándose en nuestro imaginario al tratamiento antibiótico para los microorganismos causantes de enfermedades o a la terapia insulínica para la diabetes. Nos dice de nuevo Colina: “ya en el origen etimológico del término, el *pharmakon* griego, se manifestaba su doble rostro: como tóxico y como remedio. Veneno en una cantidad, agente reparador en otra”. Es frecuente que mientras el psiquiatra entiende que los beneficios de la medicación son correctos, los pacientes se sienten sedados, anestesiados, vacíos, etc. Si a todo esto le sumamos, como nos explica Colina, la vaguedad y los intereses creados, ideológicos y comerciales, que rodean la valoración de los medicamentos en lo relativo a su necesidad, eficacia y aplicación, el panorama se nos vuelve inseguro y turbio.

Nosotras entendemos que la psiquiatría debería funcionar como un proceso subjetivo que dé sentido a la experiencia y que debe ir de la mano de los derechos individuales y colectivos de las personas para librarse de la coacción, de lo etiquetado y de la anulación como persona que produce el diagnóstico psiquiátrico y el tratamiento psicofarmacológico.

CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

No vamos a dar una explicación teórica de lo que es el construccionismo social pero sí nos proponemos contarles de qué manera hemos conectado las lecturas acerca de cómo se construye el mundo con nuestra práctica clínica, describir con el mapa el territorio. Hemos entendido que, dependiendo de cómo se vayan construyendo las historias de las personas, se va a ir así determinando su camino. Hemos aprendido también que ese camino a construir va a depender del lenguaje que utilizamos, porque somos conscientes de que al comunicarnos los unos con los otros construimos el mundo en el que vivimos.

Si lo intentamos explicar (11,12) de una forma algo metafórica, diremos que nuestro origen profesional se situaba bajo la estructura rígida de un paraguas, un

paraguas bajo el que se encontraban protegidas todas las tradiciones de pensamiento y acción. Con el paso de los años, otras ideas nos permitieron ir traspasando ese paraguas rígido de tradiciones para poder mirar desde otra perspectiva. Así pudimos apreciar estas tradiciones, compararlas, etc. Y nos fuimos dando cuenta también de que, en este nuestro paraguas, habría que reservar un lugar para nuevas ideas porque, afortunadamente, estamos en constante cambio y aprendizaje.

En este recorrido profesional hemos ido decidiendo varias cuestiones. Por un lado, que ya no queremos pertenecer al grupo de los “buscadores de la verdad”, como esos profesionales tipo Sherlock Holmes, ni tampoco queremos ser “policías de la realidad”, porque revelar la *realidad* no es nuestro objetivo. Nuestro objetivo es proponer o facilitar que una de las múltiples alternativas que existen llegue a ser posible. Las preguntas ya no las utilizamos solo como herramientas para obtener información, esa que necesitamos para cumplimentar las majaderas valoraciones que se nos piden en nuestro trabajo y en las que tenemos que recoger muchos datos para luego etiquetar problemas, etc., sino que ahora, las preguntas, las aprovechamos también como instrumentos para conseguir un cambio. Y es que con frecuencia pensamos que la pregunta y el cambio ocurren en momentos separados (17). Parece que primero tenemos que investigar la actitud y, luego, a partir de ahí, diseñar una intervención para provocar el cambio de actitud. Pero, si aplicamos el principio de simultaneidad, descubrimos que no funciona así y que, de hecho, la pregunta y el cambio son momentos simultáneos. Preguntar equivale a cambiar, la pregunta es uno de los métodos más poderosos para generar el cambio. El cambio empieza en el momento en el que planteamos la pregunta. Además, nos parece importante tener siempre presente que nuestra tarea en realidad no es producir cambios y muchísimo menos obligar a las personas a cambiar. Nuestra tarea debe consistir en construir con ellos contextos en los que los cambios resulten más probables.

Por otro lado, hemos decidido que no queremos reducir el mundo ni la vida de las personas a un conjunto único y fijo de palabras. Sin congelar el lenguaje, sin reducir el abanico de posibilidades para que se generen nuevos significados. Muy al contrario, luchamos contra nuestros orígenes profesionales para lograr ser de otra corriente, prefiriendo optar por un diálogo permanentemente abierto en el que haya espacio para otra voz y otra visión, para seguir creciendo en el terreno de las relaciones humanas.

Ricardo Ramos (18) tiene una teoría muy interesante para reflexionar acerca de cómo un problema llega a verse de una determinada manera, describiendo cómo los profesionales podemos ser determinantes a la hora de que una conducta se describa como problema. Descubrimiento mágico para nuestra práctica clínica diaria. Para aplicar nuestra premisa de no “arreglar” lo que no está roto. Tal como señala, para que una conducta sea denominada como problemática bastaría que alguien con

autoridad, un profesional de la salud, por ejemplo, o un profesor, la considerase así, la describiese. Luego, que ese alguien hablase en términos de alarma con otro y así sucesivamente, hasta que la conversación tuviera cada vez más eco y repercusión. Y por supuesto, fuera cada vez más y más alarmante.

¿Y qué pasa con las personas que tienen problemas? Pues que atraen la atención de muchas otras que lo que hacen es crear un sistema de significados de cómo creen que pueden entenderse estos problemas e incluso de cómo pueden resolverse. Y, claramente, el problema descrito y retransmitido se mantendrá hasta que se desactiven por completo esas conversaciones alarmistas. Porque los problemas no se resuelven sino que se disuelven, y con ellos también deben diluirse los sistemas que los bautizaron así. Mientras alguien suficientemente autorizado para hacerlo siga sosteniendo que el problema existe, el problema seguirá existiendo.

Lo que nos viene a decir acerca de los “problemas” es que no existen en sí mismos, sino que más bien construimos lo que es “bueno”, y consideramos aquellos sucesos que obstaculizan el camino como “problemas”. Es así como Ramos nos explica cómo se construyen los problemas, y cómo nosotras hemos entendido con su lectura que tenemos la elección de influir o participar en la construcción de los mismos o no.

“Las personas no son el problema,
el problema es el problema”

M. White

NARRATIVAS

En nuestra relación profesional, las personas nos cuentan las historias de sus vidas. Narraciones que están, a veces, tan cargadas de frustración, desesperación y dolor que llegan a convertirse en el único relato de su existencia. Nosotras las escuchamos muy atentamente, sin desautorizar y sin desdramatizar la historia de su vida. Sentimos como si se sintieran atrapadas en las palabras, como si este fuera el único guión que poseyeran para contar su historia personal. Sabemos que esto no es sino parte del relato. Estamos convencidas, y así se lo hacemos saber a las personas, que están omitiendo, que no están contando, importantes elementos de su experiencia vivida e indagamos en ello.

Poco a poco, lo que haremos será invitar a recordar, a rescatar, los momentos geniales, esos en los que fuimos apasionados, en los que nos sentimos orgullosos, vivos, comprometidos, colectivamente reconocidos. Porque sabemos que en cualquier vida hay siempre muchos eventos que no hemos contado, que no hemos introducido en nuestra historia. Tenemos ante nosotros la posibilidad maravillosa de reescribir vidas.

Siguiendo a Geekie y Read (19), la narración podría ser un marco general útil que nos permita explicarnos la locura. Pero el término “narración” no connota un carácter de ficción. El sentido que le queremos dar hace referencia a que elegimos algunos aspectos concretos del mundo y no otros. Esta forma de pensar puede requerir un esfuerzo para la persona que cree que una de sus historias y no otra representa la *realidad* o la *verdad* definitiva. Entre las formas de narrar la experiencia de la locura están, por una lado, los intentos científicos de explicarla, y en el extremo opuesto están las narrativas personales particulares basadas en la experiencia de la persona. Diferentes culturas desarrollan formas distintas de interpretar la locura. Y diferentes colectivos, dentro de una misma cultura, también darán diferentes explicaciones sobre la misma, lo que dependerá mayoritariamente de su implicación con la misma; por ejemplo, para ciertas personas que experimentan la locura puede resultar más atractiva una explicación determinada que para sus familiares. Algunas maneras de narrar la locura pueden beneficiar los intereses de grupos concretos porque con ella están certificando que son expertos en prestar asistencia profesional a las personas afectadas por la locura. Todas ellas son narraciones preferidas y elegidas.

Desde esta visión, y como “vivimos dentro de historias, no de estadísticas” (Gilbert, citado por Geekie y Read), hemos aprendido a enriquecer historias para poder construir nuevos relatos, relatos que contribuyen a escapar del rumbo que parece haber trazado la etiqueta diagnóstica y esa dolorosa versión del pasado una y otra vez contada. El ser humano es un narrador y todos nosotros tenemos una historia que contar para poder existir como personas. Eduardo Galeano, escritor y periodista uruguayo, dijo: “los científicos dicen que estamos formados por átomos, pero a mí un pajarito me contó que estamos hechos de historias”. Son las historias las que nos hacen humanos, lo que ocurre es que, a veces, nos vemos terriblemente aprisionados en estas narraciones, aferrados fielmente a nuestros desafortunados relatos. ¿Y nosotras, cómo podemos sentirnos, nadando al lado del otro, en medio de esa tormenta en la cual no parece que se vislumbre luz? Pues agradecidas, porque se nos está brindando la oportunidad de acompañar al otro en su camino. Abrazaremos la ocasión para colaborar a coescribir una nueva historia, a construir una nueva realidad.

Desde una perspectiva construccionista, hablar de los problemas es opcional. Los problemas solo existen si construimos el mundo en esos términos (11,12). Venimos de la práctica metodológica en la que nos enseñaron que había que preguntar al paciente sobre sus “problemas” y, es más, cuando un paciente se sienta en la consulta delante de su terapeuta, se centra en contarle lo que le ha sucedido en clave psicopatológica, relata “lo malo”, los síntomas tan minuciosamente buscados por los profesionales, porque así hemos sido entrenadas ambas partes. Y estamos

muy agradecidas de que se nos haya abierto otra fuente de posibilidades. Descubrir que existen alternativas a los enfoques centrados en el problema ha sido fantástico. De hecho, hablar de los problemas lo que suele hacer es alejarnos de las metas.

Existe un poderoso medio de movilizar grupos y organizaciones, una alternativa a ese enfoque centrado en el problema que se llama indagación apreciativa, que nos ayuda a crear un mundo en el que no vemos el vaso medio vacío, sino medio lleno. Cooperrider (17), uno de sus creadores, enfatiza el centrarse en los puntos fuertes y en los recursos de las personas, no en sus áreas problemáticas. Convertir el “núcleo positivo” en propiedad explícita y común de todos. Con esto hemos aprendido aún más a investigar sobre los mejores momentos de la persona, a indagar sobre cuáles son sus fortalezas, y a crear historias que giran en torno a experiencias revividas donde la persona se ha sentido satisfecha, enérgica y alegre.

Estas historias luego se tienen que compartir con más gente, para hacerlas crecer, y tienen la intención final de identificar qué es lo que da vida, energía y fuerza a la persona. Como dicen Subirana y Cooperrider, “se establecen las raíces del futuro en el terreno del pasado. Los sueños no son castillos en el aire, sino que se toma lo mejor de los logros del pasado y se aprovecha para generar posibilidades idealistas y a la vez realistas para el futuro”. A través del diálogo, se generan nuevas realidades que tienen como resultado un cambio positivo y duradero. Esta nueva narración de las personas con las que trabajamos (en constante creación), en donde se explican sus habilidades, sus talentos, sus mejores logros y competencias, etc., la compartimos allá donde quieran escucharnos, afianzándola al presente y creando espacios de posibilidad. Como nos dice Ricardo Ramos (20) “atrapar, en cuanto se pueda, cualquier cosa que se les pueda devolver como una capacidad”. Capacidades que están conectadas con la “Visión Preferencial” que la persona tiene de sí misma, con la forma en la que prefiere verse y ser vista a pesar de las desgracias y avatares de su vida. Lo contamos a la propia persona, a su familia, a nuestros compañeros, a otros profesionales, y no una vez, sino muchas. Haciéndolo crecer. Incrementando las fortalezas, convertirlas en hábitos. Creemos que la narrativa es el eje del cambio y que la persona está preparada cuando su relato sobre sí mismo es suficientemente rico para abarcar su futuro. Como explica White (2), hay un lugar de enfermedad, y hacemos preguntas y utilizamos palabras que nos llevan a ese lugar de enfermedad, y luego existen otros lugares a donde llegar con otras preguntas y otras palabras.

En definitiva, no queremos sentirnos aprisionadas en teorías, sino balancearnos en la flexibilidad y en la creatividad. Estar cerca de las personas con las que trabajamos para volver a contar y para volver a escuchar cómo nos cuentan las experiencias personales de su vida. Queremos estar presentes para intentar mejorar los relatos que nos contamos los unos a los otros.

LA POSICIÓN DE “NO SABER”

Como ya hemos ido viendo de forma transversal, y siguiendo a Gergen, las escuelas tradicionales de terapia se basan en la realidad del conocimiento experto, lo que quiere decir que los profesionales estamos formados para detectar las causas y poner remedio a los problemas de las personas. Lo que “se sabe” varía mucho de una escuela de terapia a otra. Algunos dicen que los problemas están ligados a deseos sexuales reprimidos, otros a un desarreglo neuroquímico, otros a un fallo en el aprendizaje y entendimiento, etc. Incluso algunos profesionales conocen los problemas de las personas antes de que esta pise su consulta e incluso sin pisarla. La relación desde la “posición de experto” no le concede ningún crédito a “lo que sabe” el paciente.

Harry Goolishian y Harlene Anderson, del Instituto Houston-Galveston de Terapia Familiar, proponen una alternativa llamada “orientación del no saber”. En este caso, lo que guía al profesional es una gran curiosidad por conocer las explicaciones y las propias teorías de por qué pasan las cosas en la familia y en las personas. Con esto no queremos decir que los profesionales debamos dejar de lado nuestros conocimientos previos, sino que se deben incluir esas experiencias del pasado como una fuente posible que enriquece la conversación. Pero lo más importante es que de esta manera los profesionales somos más sensibles a los nuevos significados que se crean en la misma conversación. Así, los progresos del cambio surgen desde la propia realidad del paciente y de la familia.

“Si yo me vivo como enferma no tengo
herramientas para recuperarme,
y esto es muy jodido”.

Amaya Villalonga, AEN 17 vía FLIPAS GAM

NUESTROS DESAFÍOS

Como nos contaba White, hemos decidido “permanecer fuera del territorio tal como es definido por el conocimiento psiquiátrico y tal como es estructurado por los discursos patologizantes”. En un planteamiento muy inspirado en el equipo finlandés de *Open Dialogue* (21) y en el taller impartido por Chema Rodríguez de Castro en 2012 en Tenerife, creemos que debemos hacer frente a los siguientes desafíos:

- Verlos sanos y capaces: no nos es útil pensar en la recuperación como un “salir del pozo” para volver a un estado previo idealizado. Nosotras preferimos pensar que recuperarse es progresar, atravesar el túnel, para llegar a un destino diferente al inicial. Wagensberg (22) dice que progresar no es otra cosa que adquirir autonomía respecto a la incertidumbre y complejidad del entorno. Que el diagnóstico psiquiátrico no guía nuestro camino.

- Mantener la calma: no tenemos prisa, la prisa está más encaminada a nosotras mismas, a resistir nuestra ansiedad, nuestra urgencia, nuestro pesimismo y la sobreabundancia de responsabilidad (23).
- Ser flexibles: como dice White, en muchas ocasiones encontramos a personas a las que la etiqueta diagnóstica les resulta “habilitante”. Se dice que el etiquetado alivia diversas acusaciones y sentimientos de incapacidad, ya que les permite a las personas evitar el estrés de las expectativas. Para liberarse de este estrés que producen las expectativas de lo que significa en nuestra cultura ser una persona, y para no experimentar un sentimiento de culpabilidad, estas personas, a través de su etiqueta diagnóstica, ingresan al sitio de las “enfermedades”. Y la enfermedad es un sitio de la cultura: está estructurado y determina ciertas formas de vida y de pensamiento. La enfermedad es un sitio de la cultura que moldea la vida. Sabemos que existen sitios alternativos dentro de nuestra cultura, sitios que aportan otras opciones para vivir, sin necesidad de apelar a una suerte de absolución a través de la enfermedad.
- Tener esperanza: no sabemos cuál va a ser el futuro, muchas veces es complicado pensar que las cosas van a salir bien, pero sabemos que tener esperanza es hacer las cosas con sentido, con significado, sin esperar un resultado al final.
- Validar: pensamos que es importante reconocer y validar lo que la persona ha estado pensando y sintiendo, incluye respetar y validar ideas inusuales. La validación de perspectivas nos permiten generar nuevas ideas. Validar desde un lenguaje cotidiano para una vida cotidiana (24).
- Rastrear las excepciones: aprovechar los periodos libres de problema, aquellos momentos significativos que nos han hecho sentirnos mejor. Nosotras pensamos que las personas son ricas en experiencias vividas. Estos acontecimientos extraordinarios constituyen una fuente llena de riqueza y fertilidad, para la generación de relatos alternativos (24).
- Buscar y señalar los recursos y habilidades: centrarnos en los recursos y habilidades de las personas más que en sus limitaciones. Nosotras estamos convencidas de que todas las personas disponen de habilidades y recursos que pueden usarse para resolver problemas. Nuestra tarea es acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas; a veces aparecen rápido y otras no tanto, pero sabemos que todo en la vida es cuestión de tiempo. Estamos más preocupadas por trabajar desde las capacidades y fortalezas que desde las debilidades y dificultades, pensamos que sus fortalezas están ahí y terminarán convirtiéndose en el motor del cambio que se moverá también en esa misma dirección positiva y apreciativa (24).

- Cooperar: debemos colaborar desde la postura de la persona, desde su lenguaje. Es mejor acercarse a la persona desde una actitud expectante, sin saber nada de sus vidas y que sean ellos y sus familiares quienes nos expliquen lo que está ocurriendo. La familia y la red son recursos, no obstáculos (24).
- Tolerar la incertidumbre: es difícil, porque tanto los pacientes como los profesionales queremos una solución rápida, es para lo que nos han entrenado a ambos. Todos necesitamos estar en ambientes seguros y es difícil aguantar esa inseguridad. Inseguridad que sentimos todos ante momentos determinados. Necesitamos conversaciones que generen formas de pensar en el futuro que empoderen a las personas y los lleven a reivindicar una mayor capacidad de gestión (21).
- Ayuda inmediata: Intentamos escuchar a las personas en el momento en el que se encuentran mal, porque la urgencia es aquí y ahora, más tarde pierde la esencia de la demanda. En ocasiones, con una llamada telefónica es suficiente.
- Cultivar emociones positivas (17): estas emociones amplían las posibilidades de pensamiento y de acción; favorecen un pensamiento más creativo, flexible y eficiente; potencian comportamientos ágiles a la hora de solucionar problemas y de afrontar retos; nos abren la mente y expanden nuestro campo de visión. Queremos aclarar que la positividad no supera por sí sola mágicamente los obstáculos. Nos enfocamos a promover conversaciones que aporten sentido, que generen significado y que muevan la energía necesaria para crear el futuro deseado. Conversaciones generativas donde el diálogo se expande de "lo que es" hacia "lo que podría ser". Actitud positiva con pensamiento crítico y escéptico para escapar del "viaje al interior" y para mejorar el mundo que nos rodea. Siguiendo a Barbara Ehrenreich (25), entendemos la positividad como la posibilidad de que las personas miren, que vean las cosas que conforman sus vidas y que asuman la idea realmente positiva de que podemos realizar cambios sociales en un modo más favorable para la gente. Escapando de las trampas de la positividad individual que anula el sentimiento de colectividad.
- Mantener una mirada apreciativa (17): apreciando sentimos asombro y curiosidad. Apreciando emergen nuestros valores. Practicar la mirada apreciativa con otros es poner la intención en centrarnos en los talentos, fortalezas y valores de la persona, es ver lo mejor en ella. Pero no es colocar al otro donde nos gustaría que estuviera. La mirada apreciativa es: "Ver el roble robusto en la bellota. Es la habilidad de ver más que la existencia presente de una bellota. Es la capacidad de ver cómo, con el paso del tiempo, emerge del fruto un tronco robusto e innumerables hojas. Es la habili-

dad de ver un producto innovador, un talento excepcional, o una solución valiosa para el futuro, cuando en la situación presente está escondido”. Porque las imágenes que nos atraen y nos inspiran movilizan el mundo interior y cuando la imagen que mantenemos cambia por una más positiva y atractiva, cambia nuestra visión, se modifica nuestra actitud y mejora nuestro estado vital.

CONCLUSIÓN

La mejor manera que nosotras tenemos de entender la postpsiquiatría es la búsqueda rigurosa de lo mejor que hay en las personas, esto es, ver ese universo repleto de fortalezas en el que vivimos. Nuestro principal objetivo es dejar de ver el mundo de las personas y de los equipos como “un problema a resolver”, sino tener una visión del mundo como un “universo de fortalezas”, ya que sabemos que una persona no destaca arreglando sus debilidades, sino aumentando sus fortalezas. Todo ello unido, por supuesto, a emociones positivas como la esperanza, la inspiración y la alegría. Queremos, como dice Casals, “ser fuente de inspiración para las personas con las que trabajamos, insuflando posibilidades y también insuflando nuevas realidades”. Nos concentramos en imaginar posibilidades e idear nuevas formas de mirar la realidad. No aceptamos convertir situaciones injustas en positivas, sino que estamos decididas a construir algo mejor desde la mejor versión de nosotras mismas.

“La carretera es complicada, de la misma forma que la vida es complicada. Nos aleja de la negación y nos conduce a la realidad, nos aparta de las teorías y nos lleva a la práctica, elimina las precauciones y te pone en marcha, te hace abandonar las estadísticas para entrar de lleno en las historias. En otras palabras, te saca de tu cabeza y se adentra en tu corazón” (Gloria Steinem, *Mi vida en la carretera (Héroes Modernos)*).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) López V, Padilla J, editores. Salubrismo o barbarie. Sevilla: Editorial Atrapasueños, 2017.
- (2) White M. Reescribir la vida. Barcelona: Editorial Gedisa, 2002.
- (3) Cadenas I. Amar libre. La Marea 2017; 50: 28-29.
- (4) Colina F. Sobre la locura. Valladolid: Cuatro ediciones, 2013.
- (5) Anderson H. Conversación, lenguaje y posibilidades. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2012.

- (6) De Shazer S. En un origen las palabras eran magia. Barcelona: Editorial Gedisa, 1999.
- (7) Carralero A. Si agitación psicomotriz: contención mecánica. Locura, comunidad y derechos humanos. Mad in America para el mundo hispanohablante [blog] 2016. Disponible en: <http://madinamerica-hispanohablante.org/si-agitacion-psicomotriz-contencion-mecanica-ana-carralero/>
- (8) Payne M. Terapia narrativa. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2010.
- (9) Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. México: FCE, 1975.
- (10) Vispe A, G.-Valdecasas J. Postpsiquiatría [en prensa]. Madrid: Editorial Grupo 5.
- (11) Gergen KJ, Gergen M. Reflexiones sobre la construcción social. Barcelona: Paidós, 2011.
- (12) Gergen KJ. Construir la realidad. Barcelona: Paidós, 2006.
- (13) Foucault M. Historia de la locura en la época clásica I y II. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España, 2006 [1961].
- (14) Foucault M. El poder psiquiátrico. Madrid: Editorial Akal, 2005.
- (15) Garrabe J. La noche oscura del ser. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1996.
- (16) Alonso P. ¿Alguien te observa?. Charlas de Sobremesa [blog] 2016. Disponible en: <https://charlasdesobremesa.com/2016/05/23/panoptico-tecnica-de-control/>
- (17) Subirana M, Cooperrider D. Indagación apreciativa. Barcelona: Kairós, 2013.
- (18) Ramos R. Temas para conversar. Barcelona: Editorial Gedisa, 2008.
- (19) Geekie J, Read J. El sentido de la locura. Barcelona: Herder Editorial, 2012.
- (20) Ramos R. Terapia narrativa con familias multiproblemáticas. Madrid: Ediciones Morata, 2015.
- (21) Seikkula J, Arnkil TE. Diálogos terapéuticos en la red social. Barcelona: Herder, 2016.
- (22) VVAA. El progreso: ¿Un concepto acabado o emergente?. Barcelona: Tusquets, 1998.
- (23) Fisch R, Weakland JH, Segal L. La táctica del cambio. Barcelona: Herder, 2010.
- (24) Duncan BL, Hubble MA, Miller SD. Psicoterapia con casos “imposibles”. Barcelona: Paidós Ibérica, 2003.
- (25) Ehrenreich B. Sonríe o muere. Madrid: Turner publicaciones, 2012.