

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
Departamento de Psicología Experimental

Tesis Doctoral

**NARRATIVAS DE VIDA EN CONTEXTOS
SOCIO-CULTURALES: EXPLORANDO NARRATIVAS DE
VIDA DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA QUE VIVEN
EN CASAS HOGARES**

Presentada por:

Francisco Javier Saavedra Macías

Para optar al grado de Doctor en Psicología

Directores:

Dra. D^a. Mercedes Cubero Pérez

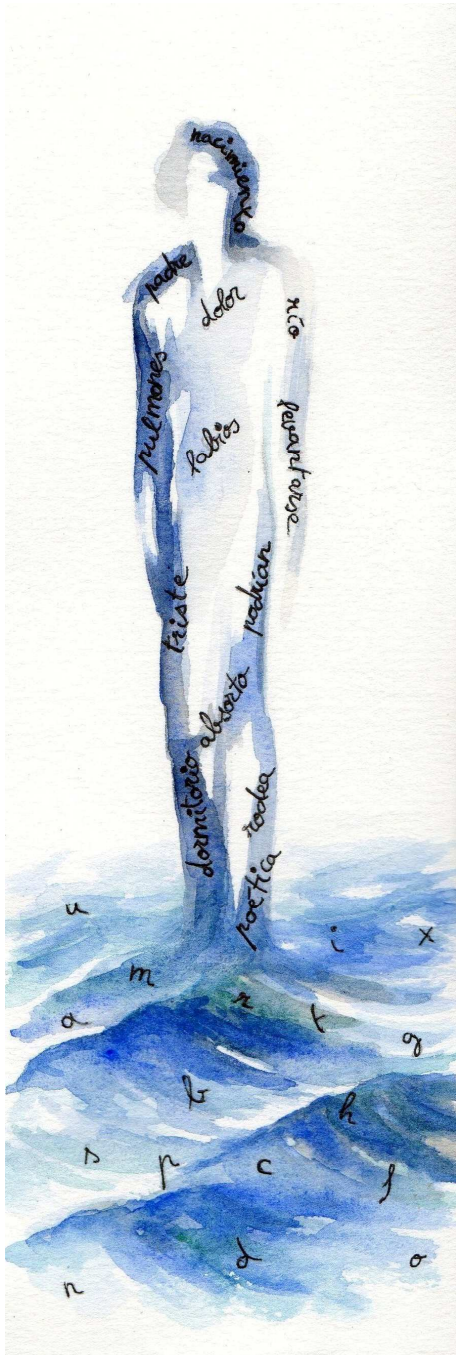
Universidad de Sevilla

Dr. D. Juan Daniel Ramírez Garrido

Universidad Pablo de Olavide

Sevilla, julio de 2009

A mi padre y a mi madre.



Dime amiga,

¿Tiene tu vida tantos pliegues como tu cara?

¿Es que crees, como los diseñadores de moda,
que la arruga es bella?

Cuéntame mujer.

¿Y tu corazón? ¿Están tan ennochecido como tu
rostro?

A no ser que los tonos oscuros hayan vuelto a llevarse
esta temporada.

¿No será que en tu sencillo cuartucho tienes escondido
debajo de tu colchón

un aparato de rayos uva? Sí, eso debe ser.

Tú y yo sabemos que la arruga no tiene que ser
siempre bella.

Y también que el que ríe el último no ríe mejor,
únicamente ríe el último,

Tú lo sabes bien, ya que eres de las últimas.

Yo te he visto reír por última vez infinitamente,

Cada día al confundirte a lo lejos con el crepúsculo.

O a la misma vez que me susurrabas:

¿Vendrás mañana?

Te conozco, tienes la soledad tan adentro

Que no puedes amar sino ausencias.

Desde el primer momento que me empezaste a querer,

me quisiste desde lejos, desde el día en el que me olvide de ti.

-Cuando te vayas te echaré de menos, todos se van-

Me dijiste acariciando con tu voz mi cuerpo,

e hiciste planear tu palabra por mi alma

como la cometa de un niño por el cielo;

sin ningún rencor.

¡Sin ningún rencor!

¡Déjame recorrer los pliegues de tu rostro!

¡Muéstrame la negrura de tu pasado!

Y enséñame a planear mi vida en el interior de mis hermanos

Como tú planeaste tu palabra en mi corazón

Sin ningún rencor,

Maestra

Año 1995

Hospital Psiquiátrico de Miraflores

Unidad de Adultos

Sevilla

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas a las que quisiera agradecer su apoyo, atención, o simplemente, su compañía en estos cuatro años de trabajo en mi tesis doctoral.

Primero, gracias a mi familia, a mi madre y mi hermano, y a mi padre, que aunque no está físicamente presente, nunca me ha abandonado. Son muchas las extravagancias y las ausencias que han soportado y comprendido. A mi pareja, Ana, que no sólo me ha apoyado (y soportado) emocionalmente, sino que me ha ayudado materialmente en muchos momentos. Como escribí en los agradecimientos de mi tesina, esta tesis ha sido elaborada en diálogo con ella.

Gracias a mis directores. Sin la insistencia de Juan Daniel hace aproximadamente cinco años para que iniciara mi periplo universitario, a pesar de mis iniciales resistencias, nunca me hubiera planteado doctorarme. Su amistad y compañía ha sido constante durante este tiempo. Gracias a Mercedes por su atención y ayuda incondicional, a pesar de que en algunos momentos hubiera estado pasando momentos difíciles, siempre pude contar con ella. Su voluntad y su esfuerzo la convierten para mí en un ejemplo no sólo profesional, sino personal. Muchas gracias a todo el Laboratorio de Actividad Humana al completo. Sin lugar a dudas, la amistad de todos ellos es el mejor premio que me llevo de estos cinco años. Me permito citar a los doctores Miguel, Juan José y Arianna, compañeros de “cubículo”, los cuáles han recorrido junto a mí todo este camino. Gracias a Alex y María del Mar. Todos ellos han sido y son grandes amigos y muy buenos consejeros.

Gracias a todos mis amigos y amigas. Nombro a dos personas por circunstancias especiales. Gracias a mi amiga Inma por ser mi correctora y editora personal. Sin su ayuda no hubiera podido cumplir con los plazos que me había propuesto y, sin lugar a

dudas, mi trabajo hubiera sido de peor calidad. También, me gustaría dedicar este trabajo a mi amiga Kati y a su hijo. El comienzo de mi aventura en la universidad está relacionado con ella, y ahora el nacimiento de su hijo coincide con la presentación de mi tesis.

Como no, agradezco a todos los usuarios de las Casas Hogares que han aceptado colaborar en este proyecto de investigación y me han confiado sus historias. Éstas últimas son el tesoro más grande de este trabajo. De éstas he aprendido y crecido en madurez. También, quisiera dedicar este trabajo a mis compañeros, monitores, que trabajan día a día junto con los usuarios. Tanto usuarios como monitores forman una comunidad de lucha contra la enfermedad. Gracias a unos y a otros por su colaboración y ayuda.

También, me gustaría agradecer a la institución, la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, su constante colaboración, ayuda y supervisión.

I would like to thank persons who have supported to me in my stays in different places of Europe. Gabriele, thanks for making excellent my stay in Freiburg. I freue mich sehr die gelegenheit zu haben dich kenenn zu lernen. Thanks Andrea for receiving me in Florence and supporting me in my work. Thanks Paul for his friendship and his support. And finally, thanks Corinne for giving to me the opportunity to present my work in London.

A todos ellos, gracias.

Va por ustedes.

Summary of doctoral work in English

1. - Introduction

Since the earliest definitions, schizophrenia has been described as the product of the disintegration of the associative processes required to give meaning to experience (Kraepelin 1887). Schizophrenia has been considered a pathology that dramatically reduces or disables people's ability to possess a coherent sense of themselves. According to this perspective, those who suffer schizophrenia are unable to narrate their lives and problems in an adaptive way. Deficits in skills for thinking about their own thoughts, cognitive deficits, negative symptoms associated with organic processes and malfunctions in logical connections have been related to the difficulty in constructing a coherent story of themselves (Lysaker et al. 2005). However, some authors have pointed out that these patients never lose—or if they do, it is only in moments of crisis—their ability to explain their problems, hopes and feelings in a social context (Lysaker et al. 2003b; Roe and Davidson 2005). From the point of view of these contributions, the study of the subjective experiences of people diagnosed with schizophrenia has become a very useful research field for mental-health professionals. Of particular significance are patients' narratives that show us stories of recovery and rupture with dominant stories of despair. These narratives make it possible for us to reveal the skills, resources, capacities and strategies that patients use to construct their successful histories. The difficulties that some patients may have in constructing explanations for their experiences are crucial for understanding their deficits in social skills. The stories we tell about ourselves, our life narratives, are the basic instruments we use to build our social identity, and our social identity makes us predictable and recognizable. Without a suitable life narrative, it is impossible to struggle against “social defeat,” according to

the concept of Luhmann (2007), and against stigma. We understand identity as an empirical phenomenon based on the communicational actions of a subject faced with the task of reporting his or her life in a specific situation. This doctoral work therefore avoids an essentialist perspective about life narratives and social identity. From this perspective, the levels of analysis of a life story are highly complex and range from semantic analysis to conversational analysis. A fundamental aspect of these narrations is the descriptions or characterizations of the subjects as belonging to different social categories. By ‘positioning’ we refer to how subjects situate themselves within the existing social categories of a specific society (Hermans 2004). The action of self-definition within different social categories is achieved through dialogue and interaction within society with other individuals. As a result, the construction of these categories requires important semiotic resources. In short, identity is vital for interacting in society and it is built with semiotic tools. The main tool is the articulation of a narration, in which dialogues are created with oneself, with other members of society and with other social groups. The narrative interview reveals the patient’s conversational skills, which will be used to carry out the task of telling the life story and the level of structural coherence in the narrative itself. Through the analysis of the different actors interacting in the narrative, we can also analyze the social network that is available to the individual and, indirectly, the level of integration within a specific community.

This doctoral work consists of two empirical studies which use a qualitative and quantitative analysis. In the first one, we analyse 18 narrative interviews of the 18 patients involved in the study. Our aim is to go deeper into the patients’ narratives, beyond the quantitative aspects. Patients’ conversational skills are analyzed, along with any possible qualitative changes in patients’ social identity. We attempt to relate the results to patients’ length of stay at the special “Care Homes”. These “Care Homes”

(CH) will be understood like “activity settings” according to Wertsch (1993). By “sociocultural activity settings”, we understand the interactions, rules, organization, beliefs and values that define a specific social space, in this case, the CHs or special care homes. According to Roe and Davidson (2005), mental health institutions must provide the means and support required by patients to help them construct and maintain shareable stories that transcend their condition as patients. In this sense, I want to answer the following question: Could we say that the sociocultural activity setting of the special care homes is responsible for a possible transformation of patients’ narratives? Therefore, life narratives are powerful instruments for evaluating the recovery process.

In order to approach to the most important aspects of the “activity setting”, in the second study, we analyse 10 interviews to expert professionals who work directly with patients in these “Care Homes”. Results are discussed in the light of the concept of recovery.

2. – Method Study A

As I said before, the doctoral work consists of two empirical studies. The methodology of Study A will be summarized in the following.

2.1. - Participants

Patients lived at special care homes called Casas Hogar (CHs) that were supported by the Andalusian Foundation for the Social Integration of the Mental Patient (FAISEM; Spanish acronym). This service is part of Andalusia’s community mental health system. The objectives of FAISEM’s residential program are to improve patients’ personal functionality and to increase the time they spend in the community through the provision of residential accommodation with different levels of supervision and support, together with the creation of a personalized program to cover daily requirements. CHs

are defined as social resources and are designed for severe mental patients. These homes tend to be located in town or city centers. They are not out in remote parts of town, which means that most community resources are very close. The special care homes are open residences, housing between 15 and 20 people, with 24-h, non-clinical, professional support. Of the patients living there, 89 percent suffer from schizophrenia or schizotypal or delirious idea disorders, with 91.7 percent receiving medical treatment and 38.1 percent psychosocial treatment. The CH is a setting where residents' day-to-day routines are supervised by staff living with residents in the same areas. Therefore, this residential model provides a group life, although patients have their own private single rooms. There is a clear differentiation between these special care homes and medical and psychological treatment. That is, psychosocial rehabilitation programs are not usually carried out at the CHs.

The first 18 patients interviewed were selected from the FAISEM users' database and from meetings with the directors of the homes where the patients lived. The main selection criterion was the length of stay at the home: a criterion that corresponds with the independent variable of the original design. In addition, we confirmed with the staff that no patient had suffered a psychotic crisis over the previous six months, or had suffered a worsening of symptoms or abnormal behavior in the week before the interview. All 18 subjects taking part in the study had been diagnosed with severe paranoid schizophrenia. All patients were undergoing health service treatment and taking atypical antipsychotics. This standard medical service was the only treatment they received. The institution's directorate was approached before starting the project to ask for permission to proceed and to ensure that ethical regulations were followed. A document assuring their privacy was offered to the patients who agreed to take part in the study.

The 18 patients were divided in two groups. The average length of stay of Group 1 (G1) participants was 4 months (standard deviation, $SD = 2.04$), with an average age of 44,777 years ($SD = 5.62$). Illness started at an average age of 21,22 years ($SD = 3.96$). As for gender, eight women were involved in the study, four in each group. As for educational level, five of the eighteen patients had left school at age 16, two had completed high school and two had a university degree. In Group 2 (G2) the average length of stay was 70,111 months ($SD = 32.94$), with an average age of 44 ($SD = 11.33$). As we have said, there was four woman, and illness started at an average age of 18.55 years ($SD = 3.35$). In this group, only one research had advanced beyond the basic level of studies, almost gaining access to university. Two participants, one from each group, were functionally illiterate.

2.2. - Interview procedure

Data were obtained in a narrative interview with the patients. The conversations took place in the dining hall, rooms or lounge areas of the CH where they were living, and were audio-recorded and later transcribed. The interviewer asked about the patients' lives, suggested them to help the interviewer to understand their current situation. The average duration of these dialogues was 20 minutes. In this respect, the narrations can be considered "Small stories", since they are far from the traditional format of life stories, which are long, structured and exhaustive narrations.

The interview was developed in four phases. In the first phase, the interviewer introduced himself and talked with the patient about everyday life topics with the tape recorder off. For instance about transportation means which are available near to "Care Home". In this phase the interviewer could show the tape recorder to the patient and

explain how the tape recorder is used. The aim of this phase was to get a good rapport with the patient and let him/her get familiarized with context of the interview.

In the second phase, the narrative interview, strictly speaking, started. The interviewer asked patient: Could you tell me your life, what do you believe important in order to understand your life and your current situation? After this question, the patient began to tell his/her life. The interviewer kept silent.

In the third phase, the interviewer talks with the patient. After the first patients' account, the interviewer asked patient about important aspects which were not previously narrated or specified. There were three issues in which the interviewer put the emphasis: "family and affective relations", "social activities", and "health and illness".

In the last interview phase the interviewer asked the patient whether he/she wanted to say anything else. The interviews ended when the patient expressed the desire to end the conversation or when the interviewer noted that no more meaningful information could be obtained. To conclude, the interviewer switched off the tape recorder and talked about not important topics and said goodbye.

2.3. - Analysis procedure

Study A consisted of two kind of analysis. The first one was a content and linguistic analysis of the patients' narrative according to a category system developed by the author and by using the *Linguistic Inquiry and Word Count* (LIWC) Software. The second one was a qualitative analysis of the interviews with the patients.

We proceed with our analysis in the following way. At the beginning, after transcription, we divided all interviews in microstructure. Microstructure can be understood as the shortest autonomous clauses with semantic meaning and syntactic structure. Microstructure works as unit of analysis for all the

categories of the quantitative analysis. Second, we obtained the frequencies for quantitative categories. Next, we analysed the interviews in a qualitative way in order to find the pragmatic and conversational resources employed by the patients.

We counted social categories used by patients in their narratives; in other words, through the criteria of belonging or affiliation that we use to position ourselves and relate to other members or groups. We took into account the following category system in the content analysis. To calculate reliability, 20% of interviews were selected (two interviews from G2 and other from interviews of G1) and coded by one independent judge. Cohen K-Kappa index obtained was 0.87.

1. - Content lack of cohesion: We refer to syntactical errors, lack of semantic cohesion, problems with reference, wrong use of metaphors and metonymies, which made difficult to understand the life narratives of the patients.

2. - Delusive or hallucinatory content: Microstructures that belong to patients' delusive complexes or were part of inner dialogue of hallucinatory nature.

3- Categories related to “family and affective relations”. For instance: “*My son loves me*”, “*I’m a good lover*” or “*My family is the most important*”, “*I used to go to watch football with my friends*”

4. - Categories related to “social/public activities”: “*I’m a hard worker*”, “*As student I’m a little lazy*”, “*My activities as volunteer in the NGO give sense to my life*”.

5. - Categories related to “illness”: “*I’m crazy*”, “*My illness is schizophrenia*”, “*I assist to a therapeutic group in a hospital*”

6. - Categories related to “Health”: “*I assist to therapeutic group in hospital*”, “*I can control myself when I suffer hallucinations*”

7.-Categories related to living in “Care Homes”: “I don’t get on with monitors in Care Homes”, “I’m a resident in Care Home”, and “We have to clean our rooms once a week”

8.-Categories related to “psychological characteristics”: “I’m intelligent”, “I have a bad temper”, “I’m very friendly”.

9. - Categories related to “physical characteristic”: “I was very tall for my age”, “As young I was very attractive”.

10.-Others Categories. Any other microstructure which can not be included in previous categories and that can be considered interesting to take in account.

Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC) is software for a text analysis designed by James W. Pennebaker, Roger J. Booth, and Martha E. Francis. LIWC is useful to calculate the degree to which people use different categories of words across a wide range of texts: emails, speeches, poems, or transcribed daily speech. LIWC allows us to determine the rate at which the authors/speakers use positive or negative emotion words, self-references, big words, or words that refer to sex, eating, or religion. The program was designed to analyze over 70 dimensions of language across hundreds of text samples in a simple and quick way (Ramírez-Esparza, Pennebaker, García, and Suría, 2007). The software permits to elaborate *ad hoc* dictionaries in order to analyse new dimensions. We selected the following categories of analysis. The first categories of LIWC analysis (1,2,3,4) are related to the use of pronouns. The use of pronouns is one of the most usual criteria for the quantitative analysis of texts. For example, it has been found a greater use of “we” in collectivistic culture. Also, the use of “I”, in contrast with the use of “me”, is related to the agency capacity of text authors.

1. **“I”**: Frequency of the personal pronoun “I” in life narratives by using Spanish LIWC2001. Spanish LIWC2001 dictionary is used in the analysis of the majority of categories except passive “I”, causal, adversative and time connectors and time and spatial indicators.
2. - **Passive “I”**: Elaboration of a dictionary in order to obtain the frequency of the person pronoun “me” in narratives
3. - **“We”**: Frequency of the first person pronoun in plural use in narratives.
4. - **“Self”**: This category includes all pronouns which refer to the narrator. Therefore, this analysis criteria includes all previous categories: “Me”, “I”, “We”, etc.

The following three categories refer to emotional process in narratives. The Spanish LIWC2001 have dictionaries of positive and negative emotional terms. At the same time, it has also a dictionary of Metaphysical terms related to death, religion or supernatural entities. For example, different studies have determined that the elaboration of traumatic experiences implies the use of a moderate number of negative emotions and a greater number of positive emotions.

5. - **Positive emotions**: Frequency of words related to positive emotional process. For example, “happiness”, “laugh”, “love”, etc.
6. - **Negative Emotions**: Frequency of words related to negative emotional process. For example, “cry”, “sadness”, “depression”, etc.
7. - **Metaphysic**: Frequency of words related to the death, paranormal or religion. For example, “God”, “angel”, “devil”, “ghost”, etc.

The following 5 categories are related to the mental processes that can be detected in the narratives and to the internal organization of the narratives. The category number 8 “mental mechanism” includes the four following categories. The use of these categories is convenient because some studies have detected an increase in the narratives of mental mechanisms after the therapeutic improvement

8. - Cognitive process: By this categories all words related to cognitive processes like “memory”, “attention”, “problems resolution”, “logic analysis” are counted. This category includes pronouns, verbs, adjectives, nouns and other linguistic elements related to inner organizations of the narrative. For example, “think”, “consider”, “because”, “possible”, etc.

9. - Cause: Frequency of words related to the causal organization in the narrative. For example, “because”, “consequence”, “effect”, “cause”, etc.

10. - Insight: By this category all word related to metacognitive process are counted. It could be compared to the Bruner (1997) concept of “reflexivity”. For example, “reflect”, “think”, “realize”, “consider”, etc.

11. - Discrepancy: This category counts words that refer to a cognitive contrast between reality and expectations, obligations or desires of the author of the narratives. Many of these words are verbs in subjunctive. Therefore, this category also points out to “insight” and capacity of analysis. For example, “should”, “could”, “would”.

12. - Tentative: This category counts words that indicate possibility. For example, “maybe”, “perhaps”, “guess”.

The following six categories of analysis are directly related to the internal organization of texts. The words that detect are linguistic particles which work like connectors, indicators of time and space, prepositions, etc. Except the two first

categories (number 13 and 14), the rest of categories have been elaborated by the author. As we have seen in the previous series of categories, the criteria of analysis of LIWC2001 dictionary includes many nouns, connectors, verbs, etc. In my opinion, this can be confused. Therefore, we have created new exclusive categories by using new dictionaries in order to analyse the frequency of connectors and time and space indicators. In particular, we refer to the categories from 15 to the 19. I think that it is very important to analyze the linguistic particle used for the syntactic construction of the narrations besides nouns and verbs.

13. - Prepositions: This category belongs to the LIWC and counts the use of prepositions. The use of prepositions is directly related to the text articulations.

14. - Inclusion: This category of analysis refers to words that indicate inclusion. In my opinion, it is interesting because it points out to syntactic inclusion and, therefore, reflects sentence complexity. For example, “with”, “and”, “include”.

15. - Causal connectives: This category refers to causal and final connecting linguistic elements, for example, “because”, “therefore”, “due to”, etc, in the narratives. With this aim was created a dictionary ad hoc.

16. Adversative connectives: This category is referred to adversative connectives in narratives, for example, “but”, “however”, “nevertheless”. With this aim was created a dictionary ad hoc.

17. Temporal connectives: This category counts temporal connectives linguistic elements. These temporal connectives can be used to regulate the act of narrating (“As I said *before*”) or also in order to organize temporally different autobiographical episodes (*first* I lived with my fathers). Amongst different temporal connectives, we can find “first”, “before”, “after”, “then”, “during”, “firstly”, etc.

18. - Temporal Indicators: This category counts the explicit references to temporal moments in narratives. For example, “in the year 1992”, “in march”, “last Tuesday”

19. - Spatial Indicators: In the same way of last category, “spatial indicators” index counts explicit references to places or sceneries of life episodes. For example, “In my *village...*”, “I studied in *Seville...*”, etc.

The last part of study A involves a qualitative analysis: positioning analysis. The starting point for social positioning analysis is a subject with agency who is constantly seeking self-validation and attempting to position him- or herself within linguistic practices. In other words, this technique analyzes the interlocutors’ capacity to actively search for the desired balance at each point of the interaction. The kind of analysis we propose is “position analysis” This type of analysis arose within the social sciences, particularly in psychology (Bamberg 1997; Lucius- Hoene and Deppermann 2002). “Position” refers to the place inside the social space (e.g., a conversation between two people or a business meeting) that we claim for ourselves in opposition to other individuals. People make themselves recognizable to their interlocutors through virtues, motives and skills. These self-attributions correspond to the demands of a given social position. In other words, “how I want to be understood by my interlocutors.” Clearly, establishing one’s own social position implies explicitly or implicitly establishing the position of the interlocutor. Discursive acts of positioning can be personal attributes or motives, roles, social rights or moral rules. Positioning is structured across different levels. For example, a subject telling an autobiographical story can position him- or herself in the past as an innocent person and, at the same time, in the present as a sceptical person. This concept is much more dynamic than that of a role, since it can flow differently within the same conversation at different levels and is situated between

the tradition of discourse analysis and conversation analysis. This research area focuses on interaction and analysis of the sequences and organization of different conversational units (verbal structure, semantic content, information, pauses and turn-taking) and reveals the interlocutor's attempts to establish a social position in relation to the audience. Social positioning analysis does not disregard the influence of ideological, cultural or institutional discursive models that might be used by subjects to respond to the questions "who am I?" and "How do I want to be understood?" In this sense, we analyze how residents at the CH want to be understood and what resources they used to confront the interviewer in a specific dialogue situation.

2.4. - Summary of results. Study A.

If we bring together the different strands of our research, we can say that personal relationships are more abundant in the narratives of persons who have lived in the CH longer. These relationships also have a more positive emotional tone. The experience of illness is described more plausibly in the second group, with no appearance of pathological symptoms during the interviews. For example, G2 patients can redefine their experiences in terms of socially accepted disease by using technical concepts ("schizophrenia") and colloquialisms ("my nerves get at me"). At the same time, references to illness suggest that G2 patients were beginning to overcome the illness role. One of the most important signs of recovery was the ability to break away from the label of "psychiatric patient" and start to describe oneself with alternative categories. Breaking away from this label of "psychiatric patients" does not mean renouncing to the use of psychiatric concepts in any context. It is evident that medical-scientific categories are fundamental in our culture, and all people, not just those with serious mental disorders, should know how to use them properly. Longer-stay patients

describe themselves in their narratives as active subjects with at least some degree of agency. A certain degree of agency capacity is required to construct a coherent story of oneself, to become the author of one's own life story, in which different dimensions of identity are integrated. G2 patients' stories are coherent and complex, with very few utterances containing syntactical errors. The structures of these stories made it possible to connect different and coherent dimensions of patients' identities. Thus, we could say that the long-stay patients possessed at least the minimum agency capacity required to build-up coherent narratives.

LIWC analysis of empiric study A has shown some quantitative narrative analysis criteria related to coherence and complexity. In particular, it has demonstrated the sensitivity of criteria that bring alternative perspectives or positionings into narratives. For example, "adversative connectors", the "tentative" and "discrepancy" categories of the LIWC increase in the long-stay group. The frequency of negative emotions and "metaphysical" concepts has been related to the loss of control of discourse and the appearance of delusions in short stay patients. The use of specific software for linguistic analysis, such as that used in this study, may contribute to the stringency, reliability and applicability of narrative analysis in different areas of mental health.

These results demonstrate that long-stay patients' life stories are much less likely to cause social defeat. Put in another way, it is more likely that the social identity reflected by the narratives of long-stay patients will validate patients as members of the community. According to Sells et al. (2004), it is necessary to create "larger life frames" at the apex of the recovery pyramid. In other words, patients' personal stories need to be rewritten and provided with a sense of time, fields of intersubjectivity need to be built and an active position needs to be designed within the world. Narratives from

long stay residents revealed that patients with schizophrenia have narrative abilities and that they can construct a complex and coherent autobiographical narration. These narratives present a pattern in which the connections between self-positions and others from the social world are not completely lost. Some of these narratives are even able to integrate traumatic events.

3. - Study B

3.1. – Participants

The professionals who participated in the study were 10. All of them had worked for more than three years in Care Homes and they had indefinite contracts. The average of labour experience in the CHs was of 7.4 years. In particular, they were three men and seven women. This highest number of females in the sample corresponds to the proportion of women with respect to men in the population that works in the CHs. In the sample we can find the president of the work council at the time of the interview and another two members of the same committee. Another participant had been member of the work council. Therefore, we can say that these professionals are expert not only for their experience, but because some of them had thought about and had taken decisions on their labour tasks due to their responsibilities.

Four of the participants had university training: two as psychologists and two as social educators. Other two participants had formal professional training or high school studies. The rest of participants had primary education or different professional training courses. An essential aspect was the distribution of the participants according to the work shift. In this sense, we have selected five participants working in the afternoon shift and five participants in the morning shift. All the monitors worked periodically some shift.

3.2. - Interview procedure

The aim of the interview was to explore and to analyze in depth the types of interaction between the professionals (monitors) and patients (residents). Especially, we were interested in the subjective experiences and meanings of the professionals. For that reason it was essential to ask the monitors directly on these interactions.

Professional participants were informed about different interviews' phases. We emphasized that aims of interviews were scientific. That is, we did not want to assess professional work. We informed that we respected the anonymity of participants in the investigations.

Before starting the interview, the participants were asked to think about the interactions with patients in the setting of "Care Homes" during some minutes. We understand "interactions" like the encounters with one or more residents of diverse duration in which exists a verbal interchange (some class of conversation). The professionals were asked to visualize these interactions detail (content, interaction context, goals, sensations and feelings, etc).

We asked them to describe three interactions between professionals (monitors) and patients (residents). One of these interactions, according to the professional, would happen very frequently (almost every day) during the working time. The second one would happen usually (several times to the week). The third one would happen rarely (sometimes in the year). After each description, the researcher asked the professional about some aspects that he considered interesting. In this way, 30 extensive and detailed descriptions of monitor-residents interactions from the 10 interviews were obtained.

3.3. - Analysis Procedure

The methodology that was used in the present empirical study is based on an inductive and qualitative approach within a phenomenological frame (Davidson, 2001; Lucius-Hoene, 2001). We included in the study a small quantification of the frequencies of the interactive formats or types of interaction informed by the professionals. The instrument for the obtaining of the data was a semi-structured interview. In the next section the interview and procedure will be described.

Two important concepts in the empiric study B are the following:

- a) **Interactive episode:** Each one of the particular descriptions of professional-resident interactions reported by the professionals in the interview.
- b) **Format or interactive type (FI):** groups of interactive episodes that could be categorised according their thematic content, temporal and spatial context, etc.

After a first analysis of the interactive episodes' contents, these episodes were grouped according to the themes and the spatio-temporal context of episodes, goals of interactions, etc. We have called these groups of episodes "interactive formats".

Finally, each description of the interactions was analyzed by using a qualitative methodology. We carried out a social positioning analysis of interviews following what we made in the analysis of the patients' interviews. In the same way as in Study A, some extracts were analyzed and discussed in seminars directed by doctoral student. Following with Lucius-Hoene (2002) orthodox methodology of narrative analysis we considered the contributions and the conclusions of these seminars as a part of the analysis. In particular, group analyses of some extracts of the interviews with monitors carried out with members of the Institute of Mental Health in Nottingham in the Duncan McMillian Hospital and a session of II the Congress of Communitarian psychology in Lisbon.

3.4. - Summary of results. Study B.

We have found eight interactive formats (IF). Firstly, two big interactive formats related to interactions inside daily life in “Care Homes”.

The first one is related to daily activities as awakenings, home tasks, hygiene of residents, etc. The more important aspect of this format is the high affective communications that take place in daily routines. We can say that professionals and residents express in this format intimacy and proximity. Professionals described in interviews affective expressions, smiles, embraces and physical contacts which convey trust and intimacy. This interactive format was appropriate for the residents to actively collaborate with “monitors” and even to take some minor decisions. Regarding common tasks, professionals showed a wide number of arguments in order to get the collaborations of residents.

The second IF is related to concrete demand of the residents to the monitors. This Interactive Format is described as patients' demands of different objects to monitors. For example, money, medicaments, cigarettes, bus card, etc. Professionals express their tiredness because residents were constantly demanding. The evaluation of this interactive format was extremely negative. The professionals described these interactions as “continuous war”, “fight” or “burning”. The professionals lost the initiative of interactions and felt sick and tired of resisting demands. The professionals said that they are limited to systematically say no to the demands of the patients. It is interesting to highlight that monitor's evaluation of this format was worse than those of other formats. For example, professionals considered coping with hallucination, with disruptive behaviours or with emotional problems was part of their job. However, they had some problems to accept the demands of the residents as part of their job.

Within interactive formats that referred to health problems of the residents, we can consider interesting the episodes related to “Anxiety or delirious state of residents”, the third “interactive format”. First, we can say that the great importance of episodes related to patients’ health involves a paradox. That is, “monitors are not health professionals”, however, they consider that to cope with health problems of the patient is essential in their work. Professionals describe an important number of episodes in which they help residents to control unspecific distress, for example, pain in different places of the body, fear, anxiety, etc. Professionals can respond to patients’ requests of help, but also they keep watch over the residents and often ask them about their state.

How do professionals define or interpret these states of distress? All professionals used the same concept to explain unspecific distress. These patients’ behaviors were described as “demands of attention” by the monitors. That is, more or less intentional requests for personal contact with professionals through expressions of unspecific distress.

The professionals expressed the importance of physical contact in order to control anxiety. For example, a professional described how she slowly cleaned patient’s eyes when the patient feels anguish and thought that he became blind.

What happen when a resident tells a delusive story or comments an auditory hallucination? We can find different positions among people who work with mental illness about how cope with delusion and hallucination in daily life. You can avoid any contact with patients with delusion or hallucinations. A way to avoid this contact is to address the patient to the psychiatrist. We will see here an example from our interviews. Other position is to deny the reality of patient’s experience. We have not found any professional with this position in our interviews. Other possibility is openly talking about delusion and hallucination. Also, we have not found examples in our interviews.

And finally, we have found a fourth position in our interviews. Two professionals told us in detail what they did when the patients spoke about delusions or hallucinations. First, they listened briefly to the patients because to deny the reality of the patient's experiences in the moment of hallucination was absurd. Second, they told the residents very concrete stories with real characters that belonged to the community or order very specific tasks. Only after the acute state, the professionals could ask about the reality of these experiences or inform about the characteristics of the illness.

The fourth one is related to interactions in free time. These episodes are very far from daily routines. Most of these episodes happened outside of "Care Homes": visits, excursions, holydays, etc. The activities outside of "Care Homes" have been considered as the most beneficial contexts for the residents. Even, sometimes, the professionals described extraordinary effects. These activities outside "Care Homes", can be assessed easily and show very evident results. The professionals in "Care Homes" became active actors by means of free time activities and these activities increased their professional self-esteem. This Format promotes the emergence of personal and life stories.

The fifth "interactive format" referred to failing of rules, leaves "Care Home", insults and physical aggressions which at the beginning were not clearly related to pathological states, etc. Professionals expressed the time pressure and the need to taking decisions in few minutes within this format.

The sixth one has been called "go to the doctor with a resident". In this interactive format professionals accompany residents to visit medical centres or hospitals. During the trip to the medical centre, professionals asked patients about autobiographical or personal aspects. This interactive format is appropriate for personal and affective communication between professionals and resident. Professionals

expressed the emotional impact of residents' health problems. There were conflicts between two positions: emotional implication and emotional distance.

The seventh interactive format refers to professionals' attempts for "coping with compulsions and strange behaviors". We understand "compulsion and strange behaviors" as repetitive, strange and, sometimes, disruptive behaviors related to symptoms of illness which professionals should cope with. Professionals could try to plan and to supervise the compulsive behavior of the residents. Professionals inquired about the exact compulsive behavior of residents. But the main aim of these inquiries was that residents accept the professional discourse. That is, a normalized definition of the behavior of the residents.

The eighth interactive format is related to mediation between family and resident or explicit request of emotional support. In the last interactive format professionals mediated in family-residents conflict. Also, professionals scaffolded residents' emotional response to social stimuli. Professionals could relate to the residents in a completely symmetrical way.

4. - Conclusions

Interactions between professionals and resident were explored in order to find micro-social processes that may help us understand differences between long and short stay patients' narratives.

Different semiotic tools that were used to construct long stay patients' life narratives were found in professionals' descriptions about social interactions "in Care Homes". In this sense, by qualitative analysis of professionals' interviews it was possible to observe how professionals scaffolded patients' expressions, identification and reading of own and others' emotions and thoughts. This training in "mentalizing"

improves the discursive capacities of patients. For example, long stay patients could detect hetero-positionings of the researcher during interviews and they could respond to these positionings appropriately. Amongst other different characteristics of long stay patients narratives that was possible to explore in interactions with professionals, we could find the lack of delusive contents and more suitable illness experiences' accounts, the high coherence and complexity of long stay patients' narrative, and finally, the higher capacity of agency that long stay patients showed in their narratives.

The predominant interactive and narrative style in interactions in "Care Homes", was of normative character. That is, most of interactions were aimed at achieving group equilibrium, in accordance with social expectations. However, at the same time, there are very meaningful spaces where professionals encourage patients' participations in activities and promote patients' own narrative elaboration. In this way, it would be reasonably to think that the sociocultural activity setting of "Care Homes" reproduces the interactive style of urban Western societies. That is, "Care Homes" can be understood as "natural laboratories" where patients are exposed to an interactive normal context under controlled conditions.

The final conclusions can be summarized in the following:

- 1) According to the contributions of sociocultural psychology, this study shows that there is a connection between long stay patients' discursive tools, which they use in the construction of their life narratives, with the privileged tools created in the sociocultural activity setting of "Care Homes" through interactions between professionals and patients.
- 2) This doctoral work show that it is possible to explore new semiotic and pragmatic tools that persons use in their life narratives by a micro-analysis of

the interactions with meaningful “others”. These meaningful “others” correspond to the category of “experts” in the setting where they participate. In this sense, the research with qualitative methodology is essential in order to analyze psychological functions like interwoven process in the activities where people participate.

- 3) Non systematic and global interventions like the entry of people with serious mental disorders in “Care Homes” involve profound effects at the psychological and social level.
 - 4) Among these psychological effects we may include the capacity to construct coherent life narratives and, therefore, a social identity that can be recognized in society. First, according to a “recovery” perspective it is necessary to investigate how psychological tools for narration narrate are appropriated from sociocultural activity. Second, it is necessary to promote conditions for creating therapeutic settings for persons with serious mental disorders.
-

A MODO DE INTRODUCCIÓN. EL SÍNDROME DE KRAEPELIN-BLEUER.....	37
CAPÍTULO 1. NARRATIVA Y ESQUIZOFRENIA.....	53
1.1. Una Introducción a la psicología narrativa: las narraciones como herramientas psicosociales y discursos sociales.	53
1.1.1. Bruner: la narración como una forma de pensamiento.	55
1.1.2. Narración, cultura y sociedad.....	60
1.1.3. Narrativas y memoria autobiográfica: algunos modelos comprensivos.	65
1.2. El problema de la identidad: del yo esencial al yo dialógico	72
1.3. De la big story a la small story	79
1.4. Características de las narraciones vitales de los enfermos esquizofrénicos.	83
CAPÍTULO 2. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y TRASTORNOS MENTALES GRAVES ..	99
2.1. Algunos datos epidemiológicos de los TMG.	99
2.2. Cambios en la gestión de la salud mental en las últimas décadas: rehabilitación psicosocial y Salud Mental Comunitaria.	103
2.3. El modelo de Atención comunitaria de Salud Mental en Andalucía.....	110
2.4. La narración de vida en el proceso de rehabilitación del enfermo mental.	115
2.4.1. Habilidades lingüísticas para comunicarse.	116
2.4.2. La conciencia de Enfermedad.	117
2.4.3. Motivación.	119
2.4.4. Actividades ocupacionales	122
2.4.5. Suicidio	123
2.4.6. Experiencias traumáticas.....	127
2.4.7. Estigma.....	129
2.5. Diseños y problemas metodológicos	130
2.6. Conclusiones.....	135
CAPÍTULO 3. RECUPERACIÓN: ¿CÓMO ENCONTRAR UN LUGAR EN EL MUNDO?	139
3.1. Diferencias entre Rehabilitación, Integración y Recuperación.	139
3.2. Investigaciones sobre el proceso de recuperación de personas que padecen TMG: un modelo integrador.....	146
3.2.1. Recuperación, Identidad y Control sobre la propia vida.....	146
3.2.2. Recuperación, Relaciones Personales y Comunidad.	155
3.2.3. Recuperación, recursos materiales, trabajo y otras actividades sociales. .	161
3.3. Algunas notas finales.....	162

CAPÍTULO 4. INTRODUCCIÓN AL MÉTODO	168
4.1 Contextos socioculturales como factores explicativos	168
4.1.1 Casas hogares como escenarios socioculturales de actividad	176
4.2 Haciendo compatible lo cuantitativo y lo cualitativo: análisis de contenido, de la estructura y de los posicionamientos sociales	189
 CAPÍTULO 5. ESTUDIO EMPÍRICO A: EXPLORANDO DIFERENCIAS ENTRE NARRATIVAS DE VIDA DE USUARIOS DE CORTA Y LARGA ESTANCIA	196
5.1 Método.....	196
5.1.1 Participantes en la investigación	196
5.1.2 Diseño	199
5.1.3 Procedimiento	200
5.1.4 Sistemas de categorías.....	212
5.2 Resultados.....	220
5.3 A modo de discusión: integración y análisis de posicionamientos sociales.....	228
5.3.1 Relaciones personales, comunidad y emociones	230
5.3.2 Actividades sociales	254
5.3.3 Experiencias de enfermedad y salud.	265
5.3.4 Cohesión, coherencia y estructura narrativa	292
5.3.5 Conclusión	309
 CAPÍTULO 6. ESTUDIO EMPÍRICO B: ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES SOCIALES ENTRE MONITORES Y USUARIOS	322
6.1 Método.....	322
6.1.1. Participantes en la Investigación.....	323
6.1.2. Descripción de la entrevista y procedimiento	325
6.2. Resultados.....	327
6.3 Discusión	331
6.3.1 Rutinas relacionadas con la actividad diaria (FI 1).....	332
6.3.2. Episodios relacionados con demandas de los usuarios (FI 2).....	338
6.3.3 Episodios relacionados con la regulación de estados de ansiedad, alucinaciones o delusiones de los usuarios (FI 3)	345
6.3.4. Episodios relacionados con interacciones en situaciones de ocio (FI 4) ..	354
6.3.5 Episodios relacionados con conductas disruptivas de los usuarios (FI 5)....	362
6.3.6 Acompañamiento a recursos sanitarios y patologías orgánicas (FI 6).....	370
6.3.7 Episodios relacionados con compulsiones y conductas extrañas (FI 7)	376
6.3.8 Episodios de mediación usuario-familia o peticiones explícitas de apoyo emocional (FI 8).....	379
 CAPÍTULO 7. INTEGRACIÓN DE RESULTADOS: CONCLUSIÓN	386
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	404



A MODO DE INTRODUCCIÓN: EL SÍNDROME DE KRAEPELIN-BLEUER

El trabajo presente es consecuencia de mi experiencia en el ámbito de la salud mental desde hace más de diez años. En primer lugar, como objetor de conciencia en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores, donde pude convivir con personas que han sido importantes en mi vida, no ya sólo en lo profesional, sino también en lo personal. Antes de esta primera experiencia me interesaba el mundo de la salud mental y la “locura”, pero sólo tras conocer el antiguo hospital psiquiátrico de Sevilla en su franca decadencia y oír las historias que transmitían sus muros, mi interés intelectual se convirtió en un interés personal. Después, mi trabajo como voluntario en ASAENES (Asociación Sevillana de Allegados de Enfermos Esquizofrénicos) y mi actividad profesional en FAISEM (Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental) como monitor residencial, al mismo tiempo que realizaba los estudios de psicología, confirmaron mi compromiso con las personas que padecen alguna enfermedad mental. Este pequeño preludeo es necesario para enfatizar que mi preocupación por estos problemas, antes que científica, es personal y emocional, quizás más cercana al familiar que al técnico. Por lo tanto, advierto de que en algún momento del trabajo de investigación este carácter de “allegado” puede haberme asaltado mientras escribía, aunque haya intentado en todo momento ajustarme a los criterios y modos ortodoxos. Sin lugar a dudas, esta preocupación personal ha influido en el método de investigación seleccionado y en la proyección práctica de mi trabajo; así como en mi certeza de que no sólo es necesario “curar” o “rehabilitar” a las personas que padecen estos trastornos, sino que debemos aprender de las experiencias de estas personas y de su perspectiva vital. Sin lugar a dudas estas ideas se encuentran implícitas en mi trabajo.

En 1893, Kraepelin denominó como “Demencia Precoz” a un conjunto de trastornos que se caracterizaban por no ser tóxicos ni adquiridos y que suponían “un proceso de degeneración psíquica” que desembocaba en una “demencia específica de la juventud”. Posteriormente, en 1890, Bleuer acuñó el concepto de “esquizofrenia”. Colodrón (1990), en su excelente monografía, denomina a la esquizofrenia, en honor a estos dos clásicos, como “Síndrome de Kraepelin-Bleuer”. Desde muy pronto, la

esquizofrenia se convirtió en un símbolo de la locura, generador de miedo y estigmatización.

Durante años me han sido contadas cientos de historias por parte de personas que padecen de esquizofrenia, a las que he conocido en mi labor profesional. Siempre me he preguntado cuál es la magia interna que las gobierna, que logra que se transformen y que circulen entre las personas y que sólo puedan ser aprehendidas en una misteriosa dimensión entre lo psicológico y lo social. Este interés por la historias se ha visto frustrado en gran parte por la escasa preocupación de la comunidad científica por compaginar la incipiente psicología narrativa con el estudio de la esquizofrenia. Por todo ello, no es extraño que el foco central de mi tesis sean las narrativas de vida de las personas diagnosticadas de esquizofrenia que viven en recursos residenciales en Andalucía.

En la presente introducción, y antes de explicitar los objetivos de mi tesis al final de la misma, me gustaría facilitar una breve imagen global de la experiencia de esta enfermedad que padecen los protagonistas de mi trabajo de tesis doctoral. Me refiero a la experiencia de la esquizofrenia y, en general, de los trastornos mentales graves (TMG). Digo breve, porque considero que no es un objetivo prioritario de mi trabajo ofrecer una revisión sobre la sintomatología de la esquizofrenia. Para ello tan sólo es necesario acceder a la abundante literatura al respecto. No obstante, no sería riguroso obviar totalmente la cuestión. Considero esencial ofrecer una imagen de la experiencia subjetiva de la psicosis. Más aun, cuando lo que nos interesa es la experiencia vivida plasmada en una narrativa. Podrá parecer que no abordo cuestiones como las distintas hipótesis etiológicas o los factores cognitivo-perceptivos que definen la esquizofrenia. Algunos de estos asuntos, como este último, surgirán más adelante. Otras cuestiones, como la etiológica, la consideramos poco fructífera para nuestros intereses. Así que sólo la trataremos tangencialmente.

Para comenzar nuestra exploración de las experiencias subjetivas de psicosis permítanme mostrarles las dos siguientes imágenes.

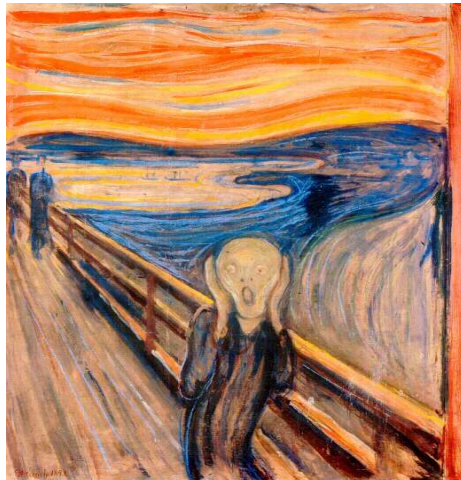


Figura 1. “El Grito” (1883). Edgard Munch. Óleo sobre lienzo. Museo Munch de Oslo.



Figura 2. “Me siento como un grito” (n.d.). Leszek Zebroswki.

¿Qué sienten al observar las dos imágenes? La utilización de estas dos obras de arte (una pintura y un cartel) y la pregunta que les hago enmarcan mi orientación epistemológica y metodológica.

No me interesa tanto el utilizar los conceptos y categorías científicas de forma exclusiva para definir y clasificar la conducta de un determinado ser humano. Más bien pretendo comprender o aprehender determinadas experiencias desde los mismos términos que el sujeto utiliza para expresarlas. El máximo grado de comprensión se logra, por lo tanto, cuando se comparten las experiencias. Por ello realizo la pregunta inicial: ¿qué sienten al observar las dos imágenes de más arriba? Pretendo acercar la experiencia de la enfermedad mental antes que explicarla. Intento, como bien indicaba Hegel (1986) en su *Fenomenología del espíritu*, dejar que el contenido se mueva de

acuerdo a su propia naturaleza. De alguna forma esta afirmación condensa cómo entiendo la actividad investigadora.

En mi opinión, la experiencia de la enfermedad puede ser entendida (incluso las percepciones delirantes) exclusivamente mediante los informes del mismo paciente y su observación. Desde esta perspectiva, y tratándose de la enfermedad mental, no puedo sino referirme en primer lugar a la psiquiatría fenomenológica y existencial, en gran parte alemana. Schneider (1956) identificó tres áreas afectadas fundamentales en el paciente esquizofrénico: el sentimiento de identidad, la continuidad de los procesos psíquicos y el contacto de la realidad. También diferenció los síntomas de los pacientes esquizofrénicos en dos grupos. Aquellos denominados como de primer orden se bastaban a sí mismos para diagnosticar una esquizofrenia cuando no se acompañaban de alteración de la conciencia. Son, por decirlo de alguna forma, los síntomas definidores de la esquizofrenia. Los reproducimos a continuación:

- 1) Percepción delirante.
- 2) Pensamiento sonoro.
- 3) Voces que dialogan entre sí.
- 4) Robo del pensamiento.
- 5) Voces que se acompañan de comentarios.
- 6) Imposición del pensamiento.
- 7) Difusión del pensamiento.
- 8) Todos los síntomas de "lo hecho" (del querer, del sentir y del actuar) originados desde el mundo externo al sujeto.

Aunque Schneider nunca dijo que hubiera un orden genético entre los síntomas de primer orden y segundo orden, otros síntomas, como las delusiones, u otros trastornos cognitivos (atención y memoria) son secundarios a los primeros. No describiré exhaustivamente estos síntomas de orden primario. Sólo enfatizaré el hecho de que estos síntomas primarios suponen una ruptura radical con las categorías básicas experienciales del ser humano: tiempo y espacio, mundo interno y externo, libertad, etcétera. Algunos clásicos describen como muchos pacientes sienten un crujido, una rama seca que se rompe en nuestro interior y que impide que el mundo se perciba como antes. Es decir, en la esquizofrenia está en juego la autenticidad del mismo ser, la

realidad de la identidad de una persona concreta, con una historia concreta. La lucha del enfermo mental es una lucha por la existencia, por la posibilidad de ser entre otros seres. Un día te levantas y tienes una sensación, una sensación que se convierte en una certeza: tu pareja no es tu pareja, sus gestos, incluso esa expresión de su boca... no la reconoces. ¡Ha sido sustituida! La experiencia puede ser aun más vaga: al salir a la calle me doy cuenta de que todos los viandantes son actores. Estas percepciones delirantes pueden desembocar en una psicosis aguda. Sin embargo, ¿quién no ha tenido alguna experiencia de extrañamiento “Befremdung” (en alemán original) alguna vez en su vida? (Waldenfels, 1995). En una gran monografía sobre la esquizofrenia, Colodrón (1990), enumera distintos términos que se han utilizado para referirse a esta primera experiencia de extrañamiento, “experiencia delusiva fundamental”: temple delusivo (Jasper), significación anormal (Gruhle), humor delusivo o percepción delusiva (Jasper). Para Colodrón (1990), reseñando a Gruhle, sobre las delusiones primarias se organizan grupos de significados que pueden ser comprendidos a partir de aquellas experiencias originarias.

La experiencia psicótica original se caracteriza por una continua terrible sorpresa, una desesperante perplejidad: ¡Me han cambiado el mundo! Todo cambia y se percibe algo inminentemente amenazante en la atmósfera, se siente una inmensa angustia.

El paciente se siente cambiado, poseído, divinizado, envirado, muerto, hasta que el surgir de la idea delusiva polariza la angustia y con ello, sabiendo qué, sin poder explicar el cómo ni el porqué, el paciente en buena medida se tranquiliza y los objetos y las cosas se organizan en una ficción simbólica amenazadora, una alegoría personal (Colodrón, 1990, pág. 85).

Como afirma una de las pacientes que referencia Rovaletti (1999, pág. 337), “la existencia es tener confianza en la manera de ser...es sin duda la evidencia natural que me falta” [...]. Es la in-evidencia de lo evidente”. Podríamos decir que sin un buen grado de “fe” no es posible existir. Una vez que perdemos aquello que debemos dar por evidente para poder ser-en-el-mundo, cualquier esfuerzo para volver a enraizarse en la realidad compartida de la existencia parece inútil. Laing (1978) denominó esta incertidumbre, esta falta de confianza vital, como “inseguridad ontológica”.

Contaré brevemente una anécdota que me sucedió en un recurso social para enfermos mentales donde he trabajado. Un paciente veía fijamente un espectáculo televisivo en el cual la estrella era una actriz cabaretista. Quizás la conozcan: Norma Duval. Pues bien, después de un buen rato viendo el espectáculo el paciente se acercó inquieto a un compañero y le pregunto: ¿Soy yo Norma Duval? Mi compañero no dijo ni una palabra al principio. Después de llevar las manos al pecho del paciente como comprobando el tamaño de esa parte del cuerpo, contestó: no, definitivamente, no eres Norma Duval. “¡Ah!, vale”, añadió el paciente y volvió tranquilo a su asiento. Más allá del sentido cómico de la anécdota, el paciente en concreto sufría continuas dudas sobre su identidad y preguntaba continuamente a los profesionales con profunda ansiedad si él era otras personas, las cuales veía por el televisor, o con las cuales convivía: “¿Soy tú?”. En una ocasión le escribí en un papel: “Tú eres [su nombre completo] y le dije que lo leyera cuando tuviera dudas. Durante algún tiempo funcionó y cada pocos minutos sacaba del bolsillo la nota y la leía en voz baja. Más tarde necesitó volver a preguntarnos constantemente. Esta anécdota puede servir para describir la profunda escisión que sufre el paciente esquizofrénico. Escisión que puede desembocar en experiencias de fusión: yo soy otra persona, leen mi pensamiento o me imponen el pensamiento. La otra cara de la misma moneda es la experiencia de fragmentación: si no existe diferencia entre yo y los otros, si no encuentro mi identidad y los márgenes de mi yo no son nítidos, me esparciré sobre la realidad exterior (¿Recuerdan las dos imágenes del comienzo?). El término “esquizofrenia”, aportado por Bleuer, significa escisión de la mente o del pensamiento. Sin posibilidad de experimentar una realidad compartida, sin la experiencia del tiempo, la existencia del enfermo esquizofrénico en muchos momentos está amenazada de extinción. No sólo puede sentirse enajenado del mundo, sino incapaz del más mínimo grado de intencionalidad, aspecto sobre el que volveremos repetidamente a lo largo de este trabajo. No hay experiencia más atroz que la de sentirse fuera del mundo, muerto, y desear la muerte. Después de esta experiencia de extrañamiento las delusiones y alucinaciones pueden considerarse como los últimos intentos de los pacientes por no desintegrarse; como dice un paciente de Lysaker (2001a) las alucinaciones y los delirios funcionan como la gravedad que impide que se explote en pedazos.

Bajo esta perspectiva fenomenológica, Laing (1978) agrupa tres experiencias fundamentales de angustia padecidas por las personas en su concepto de “inseguridad

ontológica” y, por ende, por las personas que padecen esquizofrenia: ser tragadas, implosión y petrificación o despersonalización. La primera clase de angustia es clara. Ser tragado significa ser abarcado por una realidad infinitamente más poderosa que anula la identidad, la existencia del propio ser. Ser comprendido o ser amado, a veces más aun que ser odiado, puede suponer experiencias de riesgo para la propia identidad. Algunas experiencias correspondientes a los síntomas de primer orden de Schneider (robo o imposición del pensamiento) pueden ser catalogadas bajo el término de “ser tragado”. La implosión hace referencia a la sensación de encontrarse vacío, al deseo y al temor de que la realidad, lo exterior, inunde a la persona como una incontrolable ola fragmentando al sujeto en miles de pedazos, anulando al sujeto por completo. Bajo el concepto de “petrificación y despersonalización”, Laing (1978, pág. 42) hace referencia a los siguientes tres aspectos:

- a) “Una forma particular de terror, por la cual uno es petrificado, es decir, convertido en piedra”.
- b) “El temor a que esto ocurra. Temor a convertirse en una cosa muerta, en piedra, en robot, en autómatas sin autonomía personal de acción, sin subjetividad”.
- c) “El acto mágico por el cual uno puede convertir a alguien en piedra y el acto por el cual uno niega la autonomía de la otra persona, ignora sus sentimientos, lo considera una cosa, mata la vida que hay en él”.

La despersonalización es una técnica por medio de la cual se trata de anular al semejante cuando se vuelve demasiado cargante, perturbador o peligroso. También es posible utilizarla sobre uno mismo cuando se viven experiencias traumáticas. Una acción despersonalizadora sería tratar a otra persona, por ejemplo, como un robot. Laing afirma que todos, de alguna manera, despersonalizamos en nuestra vida diaria. Ahora bien, despersonalizar a otros como mecanismo de defensa presenta efectos secundarios. No es posible despersonalizar a otros, sin despersonalizarse en algún grado uno mismo. Al mismo tiempo, el usar la técnica de despersonalización supone aceptar que también otros pueden estar utilizando la misma técnica. De esta realidad son muy conscientes los enfermos, los cuales temen continuamente ser despersonalizados.

Bajo las experiencias descritas mediante el concepto de inseguridad ontológica aportado por Laing (1978) se encuentra la distorsión esencial de las categorías existenciales fundamentales, a saber: tiempo, espacio, experiencia de la alteridad y del propio cuerpo. Usaré principalmente para la descripción de estas categorías la revisión que realiza Foucault (1991) en una obra muy interesante titulada *Enfermedad mental y personalidad*.

A) Para tratar la experiencia del tiempo en las personas que padecen alguna enfermedad mental Foucault acude a Minkowski. Este último autor analiza el delirio de un paciente el cual se siente amenazado por una catástrofe imposible de conjurar. En el delirio, la catástrofe que lo amenaza es morir aplastado por todo lo que son “residuos, cadáveres, detritus, desperdicios”. Para Minkowski, este delirio paranoide ejemplifica las dificultades del paciente para concebir “cómo una cosa puede desaparecer, cómo lo que ya no es más no puede estar aún” (Foucault, 1991, pág. 71). De este modo, la acumulación de pasado no puede resolverse para él, y así el pasado y el presente no logran anticiparse al futuro. Foucault dice, reseñando a Minkowski:

El tiempo no se proyecta ni transcurre; el pasado se amontona; y el único porvenir que se abre no puede contener como promesas, más aun que el aplastamiento del presente por la masa continuamente agrandada del pasado (Foucault, 1991, pág. 71).

En la existencia maníaca, el tiempo se fragmenta, se convierte en momentáneo y sin “abertura hacia el pasado y el futuro; gira sobre sí mismo procediendo a veces a saltos y a veces por repeticiones” (Foucault, 1991, pág. 72). Para el enfermo esquizofrénico también se fragmenta el tiempo, quebrado en todo momento por la inminencia de lo aterrador. El enfermo sólo puede escapar de esta desaparición inminente por medio de una “eternidad vacía” elaborada en el delirio. El delirio o delusión funda el mito de una eternidad omnipotente pero vacía para el paciente, de forma que “la temporalidad del esquizofrénico se distribuye entre el tiempo fraccionado de la angustia y la eternidad sin forma ni contenido del delirio” (Foucault, 1991, pág. 73). Como veremos más adelante, la dimensión temporal es esencial en la estructura narrativa.

B) La experiencia del espacio también puede encontrarse intensamente distorsionada en las psicosis. Por ejemplo, en las alucinaciones auditivas pueden identificarse voces de personas que se encuentran a miles de kilómetros o situarse el

origen de la voz en un espacio mítico: “una especie de cuasi-espacio en el que los ejes de referencia son fluidos y móviles” (Foucault, 1991, pág. 72). Pero también es posible la experiencia contraria. La cristalización del espacio en una “plenitud singular”, una petrificación que impide la utilización de índices espaciales, desligando así la categoría espacial de cualquier lazo real con otros objetos.

C) La alteridad queda fuertemente fracturada. El otro deja de ser otro ser social, un cooperador en una tarea o el sujeto de un diálogo, pierde su realidad social y se convierte en un “extraño”:

Dificultad de llegar a la certidumbre de la existencia del otro; pesadez y alejamiento de un universo interhumano en el que las cosas expresadas coagulan, en el que las significaciones tienen la indiferencia maciza de las cosas, en el que los símbolos adquieren la gravedad de los enigmas (Foucault, 1991, pág. 74).

D) Como puede observarse, estas descripciones coinciden con el fenómeno de la petrificación y la despersonalización explicado por Laing. A partir de las experiencias anteriormente descritas, no resulta extraño que la experiencia corporal se distorsione en el mismo sentido. El sujeto puede sentirse como un cadáver, una piedra o una máquina inerte. No son extraños los síntomas cenestésicos en la esquizofrenia.

A pesar de mi apuesta por las aportaciones fenomenológicas, no puedo renunciar a mostrar las descripciones más ortodoxas de las enfermedades mentales y su inclusión en categorías diagnósticas. A continuación, muestro los criterios diagnósticos muy brevemente, así como dos de las propuestas clasificatorias más utilizadas.

Como se advierte en las tablas 1 y 2, los síntomas de la enfermedad se dividen en dos grupos al estilo de la clasificación de Schneider. Un tipo de síntomas son fundamentales y más definatorios de la enfermedad. Aunque no se encuentran síntomas patognómicos, sí existen síntomas de significación especial. El objetivo de los manuales diagnósticos es crear una definición práctica consensuada de la esquizofrenia con el objetivo de lograr la máxima fiabilidad posible en el diagnóstico. Los dos manuales diagnósticos fundamentales son: Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (tabla 1) y el Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (APA) (tabla 2).

Para el CIE-10, la esquizofrenia supone “distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación”. Como señaló Schneider en su clasificación, se conserva la claridad de la conciencia y la capacidad intelectual, a pesar de ello, con el tiempo se pueden presentar déficits cognitivos.

El DSM-IV de la APA no se preocupa sólo de señalar cuáles son los síntomas más definitorios y los menos definitorios, sino que también recoge la duración que presentan estos síntomas, la existencia de síntomas prodómicos y residuales, el tiempo total de duración del cuadro para establecer el diagnóstico final de esquizofrenia o las alteraciones en el funcionamiento sociolaboral (Otero, 2004).

Tanto la CIE-10 como la DSM-IV presentan una serie de subdivisiones que muestran una gran heterogeneidad dentro de la esquizofrenia. En la tabla 3 se pueden observar estas subdivisiones. Los subtipos paranoide, catatónico y hebefrénico (en el DSM-IV desorganizado) se han conservado desde las aportaciones de Kraepelin y Bleuer. La CIE-10 presenta la depresión postesquizofrénica, la simple, y otras sin especificar, las cuales no se encuentran en la DSM-IV.

Tabla 1. Criterios CIE-10 para el diagnóstico de la esquizofrenia (Fuente: Otero, 2004).

Criterios de la CIE-10 para el diagnóstico de la esquizofrenia (WHO, 1992)	
A.	<p>Presencia de al menos uno de los síntomas y signos que aparecen relacionados con la sección 1, o al menos dos de los síntomas y signos relacionados en 2 que deberían haber estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de 1 mes o más</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Al menos uno de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> a) Eco, robo, inserción de pensamiento o difusión del mismo b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, claramente referidas al cuerpo o a los movimientos de los miembros, o a pensamientos o acciones, o sensaciones concretos, y percepción delirante c) Alucinaciones auditivas que son voces que comentan el comportamiento del paciente, o discuten entre ellas, u otros tipos de voces que proceden de alguna parte del cuerpo d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (p. ej., de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos) 2. O al menos dos de los siguientes síntomas: <ol style="list-style-type: none"> e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando son acompañadas por delirios pasajeros o inconsistentes sin un claro contenido afectivo, o por ideas persistentes de sobrestimación, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente f) Bloqueos o interrupciones en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje incoherente e irrelevante, o presencia de neologismos g) Comportamiento catatónico, tal como excitación, adoptar posturas o flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor h) Síntomas «negativos» como una marcada apatía, pobreza de lenguaje y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (éstos aparecen generalmente junto con retraimiento social y disminución de las actividades sociales). Debe quedar claro que estos síntomas no son debidos a depresión ni son efectos secundarios de la medicación neuroléptica <p style="margin-left: 40px;">Al evaluar la presencia de estas experiencias subjetivas anormales y comportamientos, se debe poner un cuidado especial para evitar la evaluación de falsos positivos, especialmente ante la presencia de modos de expresión y comportamientos influidos culturalmente o subculturalmente, o por un nivel inferior de inteligencia</p>
B.	<p>El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos precedieran claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia</p>
C.	<p>Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicotropas o una abstinencia de las mismas.</p>

Tabla 2. Criterios DSM-IV para el diagnóstico de la esquizofrenia (Fuente: Otero, 2004).

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de la esquizofrenia (APA, 1994)	
A.	Síntomas característicos: al menos dos de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una porción significativa de tiempo durante el período de 1 mes (o menos, si se trata satisfactoriamente): <ol style="list-style-type: none"> 1. Delirios 2. Alucinaciones 3. Habla desorganizada (con frecuencia descarrilamiento o incoherencia) 4. Comportamiento exageradamente desorganizado o catatónico 5. Síntomas negativos; es decir, afecto plano, alogia o abulia <p style="margin-left: 40px;">Nota: Solamente se requiere un síntoma del apartado A, si los delirios son desorganizados o las alucinaciones consisten en voces que comentan el comportamiento o pensamiento de la persona, o dos o más voces que conversan entre ellas</p>
B.	Alteraciones en el funcionamiento sociolaboral. Durante la mayor parte del tiempo desde el inicio del trastorno, una o más áreas importantes del funcionamiento como —trabajo, relaciones interpersonales o el cuidado personal— están marcadamente por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando el inicio es en la infancia o la adolescencia, existe fracaso para alcanzar el nivel de realización interpersonal, académico u ocupacional esperado)
C.	Duración. Signos continuos del trastorno persisten durante al menos 6 meses. Durante este período de 6 meses debe incluir, al menos durante 1 mes, los síntomas que reúnen los criterios del apartado A (síntomas de la fase activa), y puede incluir períodos prodrómicos o residuales cuando el criterio A no se cumple en su totalidad. Durante estos períodos, las señales del trastorno pueden manifestarse a través de síntomas negativos, o dos o más síntomas de las listas en el criterio A están presentes de forma atenuada (p. ej., afecto embotado, experiencias perceptuales inusuales)
D.	Exclusión del diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y de trastorno afectivo. El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del humor con síntomas psicóticos han sido excluidos porque: 1) ningún episodio de depresión mayor o de manía ha estado presente al mismo tiempo que los síntomas de la fase activa, o 2) si estos episodios han ocurrido durante la fase activa de los síntomas, su duración total ha sido más breve que la duración de los períodos activos y residuales
E.	Exclusión de las alteraciones secundarias al uso de sustancias o a condiciones médicas. El trastorno no se debe a un trastorno psicótico inducido o secundario al uso de sustancias (p. ej., abuso de drogas, medicación) o a condiciones médicas
F.	Relación con un trastorno del desarrollo. Si hay historia de autismo u otro trastorno del desarrollo, solamente se hace el diagnóstico adicional de esquizofrenia, si están presentes delirios o alucinaciones, durante al menos 1 mes (o menos, si son tratados satisfactoriamente)

Tabla 3. Subtipos de esquizofrenia según CIE-10 y DSM-IV (Fuente: Otero, 2004).

Subtipos de esquizofrenia	
CIE-10 (OMS, 1992)	DSM-IV (APA, 1994)
Paranoide	Paranoide
Hebefrénica	Desorganizada
Catatónica	Catatónica
Indiferenciada	Indiferenciada
Depresión postesquizofrénica	
Residual	Residual
Simple	
Otras, sin especificación	

Estas subdivisiones han despertado mucho descontento y no tienen excesiva utilidad clínica. Más acierto muestran otros intentos de subdivisión dicotómica más sencillos. Por ejemplo, la distinción entre paranoide y no paranoide (Tsuang y Winokur, 1974) dependiendo del grado de sistematización de los delirios. Otras subdivisiones de la esquizofrenia entre aguda y crónica (Neale y Otmanns, 1980), de tipo I y tipo II (Crow, 1980) y positiva y negativa (Andreasen, 1982), parecen más útiles clínicamente. En la tabla 4 se pueden observar algunas características de estas dos últimas subdivisiones. La dimensión de Tipo I se asocia con los síntomas agudos de esquizofrenia: alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento, es decir, con aquellos que Schneider denominó de primer rango. Los del Tipo II se relacionan con los síntomas crónicos (aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje, pérdida de impulso, deterioro cognitivo como, por ejemplo, en la atención, anhedonia, apatía, etcétera). La eficacia diferencial de los neurolépticos sobre los síntomas esquizofrénicos sugirió a Crow la existencia de dos síndromes independientes, aunque más tarde reconsideró la posibilidad de que puedan coexistir en un mismo paciente, así como la evolución de la esquizofrenia del Tipo I hacia la del Tipo II. Al contrario, el desarrollo de una esquizofrenia del Tipo I a partir de una del Tipo II, es altamente improbable. Es decir, el déficit es irreversible. Los neurolépticos, aún hoy, a pesar de los nuevos fármacos, son eficaces con los síntomas del Tipo I y no lo son tanto con los del Tipo II. Los síntomas denominados por Andreasen como positivos y negativos se identifican con los del Tipo

I y II. A pesar de ello Colodrón (1990) advierte del peligro de superponerlos totalmente. Andreasen, (1982) consideró, al contrario que Crow, estos dos tipos de esquizofrenias como excluyentes. Estas subdivisiones dicotómicas se encuentran correlacionadas con distintos marcadores anatómicos y bioquímicos que no desarrollamos. Algunos se pueden encontrar en la tabla 4.

Tabla 4. Diferencias entre las esquizofrenias positivas y negativas (Andreasen, 1982) y las de tipo I y II (Crow, 1980) (Fuente: Colodrón, 1990).

<i>Positivas</i>		<i>Negativas</i>
Síntomas paranoides	Cuadro clínico	Síntomas de deterioro
Variable	Ajuste premórbido	Pobre
Disminuida	Concentración plasmática de prolactina	Variable
Buena	Respuesta a antipsicóticos	Pobre
Baja	Actividad de la MAO	Normal
Normales	Ventrículos laterales	Dilatados
<i>Tipo I</i>		<i>Tipo II</i>
Hiperactividad dopaminérgica	Etiología	Hipoactividad dopaminérgica (?)
Normal	Estructura cerebral	Vírica (?)
Buena	Respuesta a neurolepticos	Dilatación ventricular
Agravamiento	Respuesta a anfetamina	Pobre
Positiva	Sintomatología	Escasa o nula
Ausente	Deterioro	Negativa
Reversible	Pronóstico	Presente
		Irreversible (?)

Visto todo lo anterior, ha llegado el momento de informar de los objetivos de esta tesis doctoral. En este trabajo exploramos las diferencias entre dos grupos de usuarios diagnosticados con esquizofrenia que residen en Casas Hogares, un grupo formado por usuarios con una larga estancia en las Casas Hogares y otro grupo con una corta estancia. El análisis de estas narrativas supondrá la primera parte empírica de la tesis. Las diferencias en las narrativas de los usuarios se fundamentan en la hipótesis de que las “Casas Hogares”, como escenarios socio-culturales, influirán en la capacidad y en los recursos para narrar la propia vida de los usuarios. Por lo tanto, tendremos que describir de una forma compleja el contexto de las “Casas Hogares”. Para ello, he

entrevistado a diez profesionales expertos, monitores, que trabajan con los usuarios que nos han contado sus vidas. Este análisis constituirá la segunda parte empírica de la tesis.

Además, pretendo justificar la compatibilidad de los avances en psicología narrativa y disciplinas afines, con la rehabilitación y la recuperación de las personas que sufren trastornos mentales graves (TMG). Argumentaré que una perspectiva narrativa no sólo es útil, sino también necesaria para una completa recuperación de las competencias de funcionamiento social del enfermo esquizofrénico, en particular, y del enfermo mental grave, en general. Para éste análisis intentaré identificar algunos criterios de análisis narrativo que nos ayuden a comprender la influencia de la vida diaria en estos recursos en los procesos de construcción narrativa y cómo pueden ayudar estos a la rehabilitación y recuperación de los enfermos.

Con tales objetivos y planteamientos he estructurado este trabajo de tesis doctoral en siete capítulos.

En el primero de ellos trataré de la psicología narrativa como disciplina científica. En este capítulo abordaré las principales aportaciones teóricas sobre las narrativas como generadoras de identidad y de sentido a nuestras experiencias de vida. También introduciremos algunas diferentes aproximaciones al análisis narrativo y me adentraré en el campo específico de la salud mental para revisar las aportaciones teóricas y empíricas desde el análisis narrativo. Describiremos en profundidad los problemas de las personas que sufren esquizofrenia para narrar sus vidas y los déficits comunicacionales de estos pacientes.

En el capítulo segundo introduciré el concepto de rehabilitación y también revisaremos las investigaciones de corte narrativo en el campo de la rehabilitación psicosocial. Al mismo tiempo, realizaré algunas críticas al concepto clásico de rehabilitación.

En el tercer capítulo diferenciaré el concepto de rehabilitación de otros conceptos cercanos como “Integración” y “Recuperación”. En especial, haré énfasis en investigaciones sobre las experiencias subjetivas de los pacientes desde la relativamente reciente perspectiva de la “Recuperación” (Recovery).

El cuarto capítulo lo constituirá una introducción al método donde acercaré al lector algunos conceptos procedentes de la psicología sociocultural y del análisis del

discurso, los cuales son necesarios para comprender esta investigación. En este capítulo también describiré el contexto institucional en el que se ha desarrollado la investigación.

Con el capítulo quinto comienza la parte empírica. Ésta se compone del análisis cuantitativo y cualitativo de 18 entrevistas narrativas a usuarios que viven en Casas Hogares (CH). Los 18 usuarios se dividen en dos grupos: un grupo de 9 usuarios con una estancia de menos de 6 meses en las CH y otro grupo de 9 usuarios con una estancia de más de 4 años.

El capítulo sexto consiste en la exploración de las interacciones entre profesionales y usuarios en las CH donde residen mediante en el análisis de las entrevistas a 10 monitores expertos de las Casas Hogares.

En el capítulo séptimo y último intentaré como conclusión integrar los resultados obtenidos.

CAPÍTULO 1

NARRATIVA Y ESQUIZOFRENIA

1.1 UNA INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA NARRATIVA: LAS NARRACIONES COMO HERRAMIENTAS PSICOSOCIALES Y DISCURSOS SOCIALES.

La psicología cognitiva recogió la tradición racionalista del positivismo científico que había predominado en la ciencia oficial en los primeros cincuenta años del siglo XX. En la psicología clínica, el predominio de la metáfora de la persona como “pequeño científico” es un buen ejemplo de esta realidad. En este sentido, es Guidano (2000) el que mejor y de forma más sencilla ha expuesto el cambio de paradigma que ha acontecido en el trabajo terapéutico. Cambio de paradigma que considero que acontece en paralelo al nacimiento de la psicología narrativa. Como bien nos expone este autor, durante mucho tiempo, y todavía hoy en la ciencia oficial, la metáfora básica era comparar al individuo con un científico. Todo problema psicológico suponía que este científico no realizaba su trabajo correctamente. Una creencia errónea que se toma como premisa, una deducción realizada incorrectamente, una selección inadecuada de datos podían desembocar en una fobia, en una crisis de ansiedad o en una depresión. De alguna forma, las creencias irracionales o el funcionamiento incorrecto de la razón eran las que provocaban las distorsiones psicológicas. Así que si logramos hacer desaparecer las creencias irracionales y pulimos el funcionamiento cognitivo de los individuos hasta equipararlo con el trabajo de los científicos, desaparecerían todos los problemas psicológicos, incluido los emocionales. No es necesario explicar que esta suposición se encuentra totalmente sesgada y no se correlaciona con la experiencia clínica. Tanto la metáfora del científico como la del ordenador tienen algo en común: entienden la organización de la experiencia de los sujetos como externa a ellos. Tanto el empirismo radical de Bacon, que consideraba que el conocimiento no es más que una especie de espejo en el cual se representa la realidad a través de los sentidos, como el racionalismo formal del círculo de Viena, que recoge la idea de un orden externo inmutable y universal para todos, transformado en un conjunto de axiomas lógico-matemáticos,

coinciden en la dirección del conocimiento, a saber, de fuera hacia dentro. Sin embargo, la organización de la realidad no viene impuesta de este modo, sino que todo sujeto introduce una organización dentro del objeto observado que no existía antes de la observación. Si no existe un orden exterior universal y objetivo, si no es posible hacer una diferenciación clara entre lo observado y el observador, entonces, los sujetos se muestran auto-organizados, auto-construidos. Como afirma Guidano (2000), este proceso de autoconstrucción es el procedimiento fundamental de cualquier estructura viviente. Por otra parte, nuestro modo de percibir estará siempre conectado con lo que observamos. Nuestro trabajo de ordenación del mundo es inseparable del mundo mismo. Este último punto separa a las perspectivas constructivistas más matizadas del denominado constructivismo radical. El trabajo principal de todo sujeto, el objetivo de la auto-organización es lograr una organización interior-exterior que dé consistencia al individuo y continuidad en el tiempo. Tal como dice Guidano (2000):

La función básica de cualquier sistema que se auto-organiza es la de construirse un sentido de sí mismo y mantenerlo lo más estable posible en el transcurso de su ciclo de vida, o todavía mejor, la de subordinar todo posible cambio al mantenimiento de este sentido suyo del sí mismo (Guidano, 2000, pág. 43).

A finales del siglo pasado algunos autores criticaron la deriva racionalista de la psicología cognitivista y propusieron instrumentos de auto-organización sin desligar la realidad psicológica de la social. Uno de los principales y más fructíferos campos de estudios fue el de las narrativas personales (Bruner, 1986, 1991, 1996; Gergen y Gergen, 1986; Polkinghorne, 1988; Sarbin, 1986, 1995). Podríamos afirmar que la narrativa es el procedimiento esencial por medio del cual organizamos nuestra experiencia y obtenemos el significado personal del cual hablamos. Tal como afirma Polkinghorne, reseñado por Payne (2002, pág. 47):

La narrativa es un esquema a través del cual los seres humanos brindan sentido a su experiencia de temporalidad y a su actividad personal. El significado narrativo añade a la vida una noción de finalidad y convierte las acciones cotidianas en episodios discretos. Es el marco sobre el que se comprenden los eventos pasados y se proyectan los futuros. Es el principal esquema por medio del cual la vida del ser humano cobra sentido (Polkinghorne, 1988, pág. 11).

En este sentido, Gonçalves (2002) expone los fundamentos de una psicología narrativa en un proceso que presenta cuatro dimensiones. La primera supone entender la

existencia como conocimiento. La experiencia no es de carácter pasivo, no es sólo un proceso que se retroalimenta. Gonçalves indica que la organización de la experiencia se realiza más mediante un proceso de “feedforward” que del tradicional “feedback”. No se puede entender la experiencia de la vida sin el proceso de conocimiento, y éste es de carácter reflexivo. El sujeto no es un simple almacén pasivo de experiencias. La segunda dimensión concibe el conocimiento como hermenéutica. El conocimiento no resulta de una captación de algo exterior. El conocimiento es construido por medio de los interlocutores en una red de significados. Conocer es rastrear por esta red de significados hasta encontrar un camino que pueda dar cuenta de los comportamientos de los mismos que han construido esa red. Es decir, es necesario interpretar (Geertz, 1987). En tercer lugar, esta realidad hermenéutica del conocimiento nos acerca al discurso narrativo. Las narrativas son tan flexibles como la vida misma, funcionan mediante el principio analógico. Por último, se entiende el discurso narrativo sólo dentro de una trama de significados que denominamos “cultura”. De este modo se cierra el círculo: la existencia como conocimiento - El conocimiento como hermenéutica - La hermenéutica como discurso narrativo - El discurso narrativo como cultura.

1.1.1 Bruner: la narración como una forma de pensamiento

En una línea argumental diferente y desde una perspectiva cognitiva, Bruner (1991) definió la capacidad narrativa del ser humano como una forma de pensamiento contraponiéndola al modo de pensar “paradigmático”, asociado al modelo científico-racionalista. El interés por Bruner se fundamenta en que fue uno de los primeros autores que se acercaron a una perspectiva narrativa desde la psicología cognitiva. Bruner (1991), acudiendo a los trabajos de Patricia Greenfield y Joshua Smith, señala la predisposición temprana a narrar lo que es inusual y dejar de narrar lo habitual, para fijar la atención y el procesamiento de la información en lo insólito. Joan Lucariello, también reseñado por Bruner (1991), encontró en sus experimentos que las historias anticanónicas, comparadas con las canónicas, producían un torrente de invenciones narrativas diez veces superior. Estas investigaciones ayudaron a Bruner a concluir, como veremos más adelante, que la integración normativa de los acontecimientos extraños o anticanónicos es una de las funciones básicas de las narrativas y que éstas son genéticamente anteriores a cualquier otra forma de pensamiento. Para Bruner (1991)

el carácter intencional de la conducta humana se refleja, precisamente, en algunas propiedades de las narraciones. En nuestra vida continuamente estamos realizando juicios de intenciones. Es algo inevitable y tan evidente que ni lo pensamos. Sabemos que nuestros semejantes elaboran proyectos, objetivos y pretenden llevarlos a cabo y en muchos casos esas intenciones chocan directamente con las nuestras. Si tuviéramos que comprobar empíricamente las intenciones de los otros, nuestra adaptación a nuestra sociedad sería desastrosa porque tendríamos que esperar a que aquellas se cumplieren. Pero no es así, cuando realizamos un juicio de intención pretendemos adelantarnos a ésta para actuar con ventaja. Y el tipo de enunciado comunicativo por excelencia en el cual se imbrican las intenciones es la narración. Si las narraciones son portadoras por excelencia de intenciones, las narraciones vitales son las portadoras de nuestras intenciones. Téngase en cuenta que, cuando hablamos de ética, de la valoración de nuestra conducta en sociedad, estamos hablando principalmente de intenciones. La misma conducta, dependiendo de las intenciones con las cuales la impregnemos, merecerá distintos juicios éticos. Un niño muy pronto aprende que la distancia entre recibir una reprimenda o una pequeña amonestación tras hacer una travesura depende de una buena historia. Esto quiere decir que por medio de nuestras historias justificamos el punto actual de nuestra vida e indica la dirección aproximada que seguirá ésta. Podemos decir que en la narración predomina la realidad psíquica. Así, la existencia de un doble plano narrativo, el de la acción y el de la subjetividad de los personajes, es esencial en cualquier relato. Las narraciones muestran dos dimensiones: una dimensión objetiva, si queremos descriptiva, y otra subjetiva. Esta última pertenece al plano psicológico de la conciencia. En este sentido, podríamos hablar de una dimensión dual en las narrativas (Ricoeur, 1987). Mediante una narración expresamos o descubrimos proyectos, las consecuencias de una acción, pensamientos ocultos (a veces contradictorios con una acción). Por lo tanto, el lector o el oyente de una historia es ayudado a ingresar en las conciencias de los personajes y comprender las contradicciones de éstos; de esta manera, aparece el verdadero drama humano: la confrontación entre el mundo interno (deseos, expectativas, perspectivas, etcétera.) y el externo (limitaciones, normas, conductas de nuestros semejantes, etcétera). Es decir, es la interacción entre los personajes, sus conciencias y los conflictos lo que da sentido a la narración.

Si volvemos a la otra forma de pensamiento que contraponía Bruner (1991) al pensamiento narrativo, es decir, el pensamiento paradigmático o científico,

comprobamos que éste carece de sentido. La ciencia ha escindido el sentido del saber. La ciencia es molecular, es decir, no trata de abarcarlo todo, avanza a pasos y sus leyes tienen validez universal; sin embargo, el sentido es válido localmente y sólo aparece en narraciones de personajes o en comunidades, aunque presenta un carácter gestáltico, molar. El pensamiento paradigmático deja fuera la realidad psíquica, la conciencia y, por lo tanto, el sentido; se ocupa de relaciones universales, abstractas, formales, que luego se aplicarán de forma deductiva a situaciones o personas, pero sin tener en cuenta su historia.

Resumiendo las aportaciones de Bruner (1986, 1991, 1996), para iniciar nuestro viaje a las profundidades de nuestras historias, sintetizo las características de las narraciones en los siguientes puntos:

a) Secuenciales.

El sentido de los componentes de una narración depende del lugar que ocupan en la organización de la narración. Comprender una narración requiere de dos tareas paralelas: aprehender la trama que configura la narración para así poder entender a sus componentes; y poner en relación dichos componentes con las tramas, ya que a partir de ellos debe extraerse, al mismo tiempo, la configuración de la misma. Una narración es como una urdimbre compuesta de un elemento transversal y otro longitudinal que se requieren uno a otro para lograr la consistencia necesaria para contener en su red la experiencia. Esta propiedad está directamente relacionada con el carácter temporal de la narración. La narración tiene la propiedad de ser sensible al tiempo. De esto hablaremos más adelante.

b) Especialización de las narraciones en la elaboración de vínculos entre lo excepcional y lo corriente.

El carácter retórico de las narraciones está imbricado en esta propiedad. Los niños aprenden rápidamente que la diferencia entre la aprobación y la desaprobación de una conducta (en ocasiones junto con el consiguiente castigo) depende de una buena historia. Al mismo tiempo, todas las historias están diseñadas en parte para otorgar significado a una conducta dentro de los elementos canónicos de alguna cultura. Esto implica, por una parte, un estado intencional en el protagonista, una creencia o un deseo, y por otra, algún elemento canónico de la cultura. La función de la historia es encontrar

un estado intencional que mitigue o al menos haga comprensible la desviación respecto al patrón cultural canónico. En este sentido, podemos considerar una narración vital como una acción con una meta muy concreta: dar cuenta de la situación actual de un sujeto en el mundo (Bruner, 1991; Lucius-Hoene, 2000). En otras palabras, justificar o hacer comprensible, comunicable, en un determinado marco sociocultural, una determinada experiencia vital. De lo anterior se deduce que las narraciones vitales siempre permanecen en el plano de lo ético o lo moral, como afirmó Ricoeur (1987). Y aunque también podamos encontrar la búsqueda de la belleza en las narraciones vitales, siempre prevalecerá su sentido ético.

c) *Agentividad.*

La narración de una historia requiere acciones, y, a su vez, las acciones requieren protagonistas, agentes. Como decía Aristóteles en su *Poética* el fundamento de la Tragedia reside en las acciones humanas. Estas acciones de los agentes son el complemento de las intenciones y deseos de los mismos. Mediante estas dimensiones construimos las narraciones y su carácter dramático y contradictorio. Una narración es, en definitiva, una sucesión de acciones ejecutadas por determinados actores.

d) *Perspectiva de un narrador, una voz que cuenta.*

Una narración requiere de un autor. La diferenciación entre autores y actores es fundamental. Una historia sin actores (los protagonistas de la historia) no es posible, pero sin ninguna voz, ningún autor, tampoco. El autor puede ser el mismo que el actor o uno de los actores, con lo cual tenemos en mayor o menor medida, de este modo, una autonarración, que son el tipo de narraciones que nos ocupan en este trabajo. Las combinaciones entre autores y actores son muy complejas. En un relato pueden existir varios autores, de los cuales sólo algunos aparecen como actores, o varios autores y un solo actor. La perspectiva dialógica, de la cual más tarde nos ocuparemos, profundiza en estas relaciones y, especialmente, en las relaciones entre las distintas voces que pueden aparecer en una misma narración.

e) *Las narraciones pueden ser reales o imaginarias.*

Y esto es así sin menoscabo de su poder como relatos. Es decir, el sentido y la referencia de un relato guardan entre sí una relación anómala. Los recursos para

construir una buena historia de ficción y otra real son exactamente los mismos. Tal y como dice Bruner: “Dada la especialización de los lenguajes normales para establecer contrastes binarios, ¿por qué ninguno de ellos impone una distinción gramatical o léxica, radical y definitiva, entre las historias que son verdad y las que son imaginarias?” (Bruner, 1991, página 63). ¿Cómo diferenciar un recuerdo de un hecho sucedido de otro ficticio? Esta característica implica numerosos problemas. Una posible línea de investigación es estudiar síntomas psicopatológicos desde esta perspectiva, ya que considero que la experiencia de algunos síntomas está relacionada con esta propiedad de las narraciones. Al mismo tiempo, esta propiedad de las narraciones abre innumerables posibilidades terapéuticas.

Como hemos indicado al principio, Bruner nos advierte de la importancia de las narraciones como instrumento cognitivo. Este instrumento es esencial para dotar de finalidad y sentido a la experiencia humana. Las narrativas personales y específicamente las vitales tienen la función de ordenar las experiencias personales en un todo global y organizado temporalmente que permita la interacción dentro de determinados grupos sociales. Como es lógico, esta creación del significado personal no se realiza en la intimidad. El contexto humano de desarrollo, la realidad donde se desenvuelve, es intersubjetiva, es decir, implica la interacción con otros seres humanos que se encuentran también en proceso de creación de su significado personal. Solamente es posible reconocerse en la interacción con los demás. Es decir, el significado personal se crea en relación a otros significados personales. El apego, la separación, la unión, las emociones ligadas a las relaciones interpersonales, a la afectividad, a la cohesión grupal, son las emociones más determinantes en la creación del significado personal. Al igual que Gergen y Gergen (1986) en psicología, o Geertz (1987) en antropología, aunque más matizadamente, Guidano (2000) considera que la única forma de configurar una realidad para construir una identidad personal es en el marco de interacciones del contexto humano. Es decir, el ser humano es un animal imbricado en urdimbres de significados de carácter simbólico y convencionales creadas por ellos. Para comprender cualquier acción humana no cabe otra posibilidad que hundirse en el mar de significados para sacar a flote aquellos que nos puedan ayudar a compartir una hipótesis creíble entre nosotros y el sujeto que estudiemos.

1.1.2 Narración, cultura y sociedad

La afirmación de Bruner (1986) respecto a una tendencia innata a la construcción de narraciones no es contradictoria con la necesidad de un factor cultural o social en la adquisición de estas habilidades, así como la importancia de este factor para el desarrollo concreto de estas habilidades. Nos adentramos de este modo en la dimensión social y discursiva de las narraciones. Esta dimensión es fundamental para nuestros objetivos de investigación, ya que la adquisición de una narrativa compatible con el resto de la comunidad es esencial para la integración de los pacientes de los que nos ocupamos. A medida que las personas participan en nuevos contextos culturales y sociales, su dominio de nuevos instrumentos semióticos les permitirá organizar sus acciones de forma más adaptativa y adentrarse en nuevas formas de percibir la realidad. Esto significa que nuestras narraciones no son independientes de los contextos donde las usamos. En ocasiones, aquellos que nos dedicamos a estudiar científicamente las narraciones, al enfatizar las funciones esenciales de éstas nos olvidamos de que al igual que cualquier instrumento semiótico o cualquier proceso cognitivo, se encuentran situadas contextualmente. Es decir, las narraciones no son independientes del contexto (físico o simbólico). En concreto, para que se dé una narración vital se necesita un escenario social donde interactuar, evidentemente, pero no cualquier escenario. Es necesario que se dé una relación con una persona o con un grupo de personas de cierta discontinuidad. De alguna forma, las narraciones vitales se dan en redes sociales que no son extremadamente densas, es decir, que no todos comparten las experiencias de todos. Es necesario un vínculo, pero un vínculo que pueda ser interrumpido espacio-temporalmente. Por ejemplo, el niño que vuelve del colegio y le cuenta a su madre qué le ha pasado (uno de los primeros contextos en los que se elicitán historias); dos amigos que se encuentran tras algunos años; la pareja que vuelve a casa tras pasar todo el día fuera, etcétera. En todos los ejemplos anteriores hay experiencias no compartidas. En las sociedades de carácter comunitario muy fusionadas socialmente no tienen mucho sentido las narraciones vitales puesto que se comparten las experiencias en un alto grado. Respecto a la población que nos preocupa, los enfermos mentales, especialmente los esquizofrénicos, pueden vivir o un completo aislamiento o relaciones con algunas personas muy simbióticas, por lo que pueden no haber adquirido o haber perdido la capacidad de narrar su vida. Otro contexto en el que se elicitán las historias sobre uno

mismo intrapersonalmente son los momentos de crisis personal (Lucius-Hoene y Deppermann, 2000a, 2002). Las separaciones, las pérdidas, las frustraciones o los éxitos inesperados pueden hacer necesario que reelaboremos nuestra historia personal para hacerla comprensible. De esta forma las historias personales o autonarrativas se convierten en importantes autorreguladores que median posibles acciones futuras o el estrés causado por ciertos acontecimientos. Una persona que domine el arte de contarse historias tendrá muchas más posibilidades de salir airoso, por ejemplo, de un fracaso amoroso o de la pérdida de un empleo.

En esta línea de primar los factores sociales, otros autores que muestran una perspectiva complementaria a Bruner son Gergen (1996, 1997) y Gergen y Gergen (1986). Estos autores crítica a los psicólogos que conciben la autoconcepción como una estructura cognitiva privada y personal. Gergen considera el “yo” como una narración (o discurso sobre el yo) que se hace inteligible en el seno de las narraciones vigentes. Para Gergen las narraciones no son posesiones del individuo sino de las relaciones que experimenta; es decir, son productos del intercambio social. Desde esta perspectiva las características de las narraciones vienen determinadas por la situación socio-cultural. Gergen concibe las narraciones como discursos públicos, de forma similar a Bakhtín, o como formas sociales de dar cuenta (Bakhtín, 1987; Gergen, 1997). Gergen y Gergen (1986) plantean una pregunta que considero fundamental para poder llevar a buen puerto nuestro trabajo como rehabilitadores. La pregunta es la siguiente: ¿Cuáles son los requisitos para contar un relato inteligible dentro de nuestra cultura actual de Occidente? Es imprescindible tener en cuenta la comunidad donde nuestra narrativa va a navegar. Esta forma de concebir las narrativas nos inmuniza ante la concepción sobrevalorada de la autoidentidad. Como bien dice Gergen, conocer cómo deben estructurarse unas narraciones en una cultura determinada nos permite ir más allá de los bordes del envoltorio de la autoidentidad. Mediante esta pregunta descubrimos los límites de un sujeto como agente en buen estado; cómo es necesario mantenerse para que la comunidad acepte al sujeto como un narrador que expresa la verdad. Si una narración no encuentra espacios compatibles con las formas canónicas, esta narración se convierte en absurda. Por lo tanto, las narraciones, en vez de ir dirigidas a los hechos, van dirigidas a cumplir con unas pre-estructuras de carácter sociocultural. Según Gergen (1996), ir más allá de las convenciones es comprometerse en un cuento insensato. Con planteamientos cercanos a los de Bahktín (1987), Gergen (1997) afirma que existen

determinadas formas de narración que son ampliamente compartidas en sociedad. Podríamos denominarlos como géneros discursivos que son utilizados ampliamente para fines concretos. Los géneros discursivos provenientes de la tradición literaria y que Gergen reconoce como esenciales son: la comedia, la novela, la tragedia y la sátira. Gergen considera que todas estas formas narrativas se pueden considerar de forma lineal según los cambios evaluativos a lo largo del tiempo. Éstas son: las narraciones de estabilidad, la narración progresiva (es decir, la evaluación positiva a lo largo del tiempo se incrementa) y la narración regresiva. Un formato de narración vital muy adaptativo es el del hombre que se ha hecho a sí mismo. Una historia de progresión positiva. Es decir, la historia de una persona que, a pesar de las dificultades y de las barreras, gracias a su esfuerzo y trabajo, ha conseguido el éxito. Sin lugar a dudas, esta historia ha sido difundida en nuestra sociedad liberal por motivos ideológicos. Por medio de este formato de historia se demuestra que mediante el propio esfuerzo se puede conseguir el éxito y que la sociedad en la que vivimos no impide el éxito a ninguna persona que se lo proponga.

Para este autor (Gergen, 1996) las narraciones se pueden anidar. Veamos tres dimensiones en las cuales observamos procesos de anidación o, lo que es lo mismo, dimensiones en las cuales se requiere un proceso de diálogo e integración de distintas narraciones. Para empezar y desde una dimensión cultural, pueden existir macronarraciones (como pueden ser las historias familiares o las nacionales) en las cuales se inserten narraciones personales. De este modo, un sujeto puede otorgarle sentido a su narración porque comparte un origen y una meta común con las narraciones de su grupo social. Las macronarraciones se definen como narraciones en las que los acontecimientos abarcan espacios de tiempo que superan la vida de un hombre. El construir una narración sin tener en cuenta algunas macronarraciones puede ser peligroso en algunas comunidades ya que el sujeto que construya una narración incompatible con la macronarración vigente en su comunidad puede verse privado del apoyo social, ser aislado y, finalmente, expulsado de ésta. Por ejemplo, en algunas comunidades de carácter nacionalista se ha construido una macronarración en la cual la victimización del pueblo frente a un Estado u otra comunidad es fundamental. Un sujeto de esta comunidad nacionalista que construya una narración personal sin ningún rasgo de carácter trágico y que se reconozca principalmente por el éxito y el reconocimiento social fuera de la comunidad originaria, podría verse como una negación de la

macronarración de la comunidad nacionalista. Igualmente, en una dimensión interpersonal, unas narraciones vitales deben ser negociadas con otras de sujetos que están relacionados entre sí, puesto que la identidad narrativa no es posible concebirla si no es relacionamente. Aquello que afirmamos sobre nosotros mismos, por ejemplo, “somos valientes ya que no pasé miedo cuando subí a aquella montaña con mi amigo Juan José”, depende del acuerdo expresado por el otro sujeto en su narración. Es posible que “Juan José” considerase que yo me mostré cobarde. Esta discrepancia me obligará a negociar con Juan José en un espacio narrativo la denominación de mi conducta mientras subíamos la peligrosa montaña. Evidentemente puedo obviar la opinión de Juan José y proseguir con mi narración original. Pero ello conlleva importantes riesgos sociales. Por ejemplo, quedar en evidencia en público, lo que me obligaría a negociar en desventaja. Por lo cual, el construir una narración requiere del diálogo entre las narraciones de distintas personas. Ya hemos visto repetidamente y desde distintos puntos de vista que una narración vital es un instrumento por el cual podemos interactuar en sociedad. Además, sabemos que la sociedad no es homogénea, sino que nos podemos mover en muchos escenarios distintos. Dependiendo de en qué escenario nos movamos, algunas narrativas serán más convenientes que otras. Por lo tanto, quizás hayamos utilizado narrativas vitales con algunos matices distintos que corresponden al rol predominante en cada momento. Un individuo necesita de múltiples historias para poder actuar eficazmente en sociedad (Dimaggio, 2003; Gergen y Gergen, 1986). Por lo tanto, no sólo es necesario integrar nuestra narrativa en macronarrativas y coordinarlas nuestras con las de los otros, sino que es imprescindible integrar las distintas narrativas vitales que vamos utilizando en nuestras distintas actividades sociales para lograr un grado de coherencia aceptable.

Gergen y Gergen (1986) realizan otra afirmación, en un principio sorprendente. Las narraciones de uno mismo dependen, como es lógico, de las experiencias vitales del sujeto. Sin embargo, Gergen (1996) afirma que los acontecimientos de la vida no parecen influir en la selección de la forma del relato. Es más, es la forma narrativa la que determina qué acontecimientos vitales serán seleccionados. Desde este punto de vista, son las distintas culturas, con las narraciones normalizadas que se privilegian para cada grupo social, las que determinan los acontecimientos vitales que se seleccionarán para dar forma a una narración vital. De alguna forma Gergen (1997) y Gergen y Gergen (1986) adelantan el desarrollo de la psicología dialógica contemporánea, que

más tarde describiremos. Por ello, no es extraño que este autor nos sugiera que un yo reconocible con pasado, presente y futuro requiere de préstamos importantes de la reserva cultural de la comunidad donde reside; y que ello requiere, en mayor o menor medida, un grado de ventriloquia. Las siguientes características de una narración vital son consideradas esenciales en la cultura occidental según Gergen (1997) y Gergen y Gergen (1986):

Establecer un punto final. Un “relato” aceptable debe presentar un punto final, una meta que lograr o un acontecimiento que explicar. Siguiendo con la metáfora de la nave en el océano, debe existir un punto de llegada que dé sentido al viaje. Unido a este punto final se encuentra el marco evaluativo que nos permita enjuiciar el relato. Si el protagonista ha conseguido su objetivo, si el relato presenta un final feliz o infeliz, etcétera. Y tanto este marco evaluativo, como el punto final al que va unido, sólo se hacen entendibles dentro de una cultura determinada.

Seleccionar los acontecimientos relevantes para el punto final. Es necesario seleccionar no cualquier acontecimiento, sino sólo aquellos que nos hagan la meta más o menos probable, accesible, importante, etcétera. Es decir, deben relacionar los acontecimientos que se describen con el punto final de la narración.

La ordenación de los acontecimientos. Existen normas culturales que establecen cuál es el orden más apropiado para organizar una narración. Por ejemplo, para una narración vital el orden más utilizado es el temporal. Y dentro de éste, el lineal es el más aceptado.

La estabilidad de la identidad. Los personajes introducidos en la narración deben mostrarse con un mínimo de estabilidad. Evidentemente, pueden surgir cambios radicales, pero estos deben de ser perfectamente explicados.

Vinculaciones causales. Es decir, se deben determinar qué acontecimientos se categorizan como causas y cuáles como efectos, y cuál es la cualidad de esa relación (casualidad lineal, circular, multicausal, grado de intensidad de la relación, o incluso una causalidad teleológica etcétera). La forma en la que cada narrador elabore sus vinculaciones causales dependerá de las comunidades socioculturales en las que se desenvuelva.

Signos de demarcación. Una narración de calidad debe presentar signos de demarcación. Se debe indicar formalmente cuál es el comienzo de la narración y cuál es el final.

1.1.3 Narrativas y memoria autobiográfica: algunos modelos comprensivos

Algunos autores (Salvatore, Dimaggio y Semerari, 2004; Singer y Savoy, 1993; Tomkins, 1979, 1987, 1991) han intentado integrar en modelos comprensivos todas las dimensiones de las narrativas o de la memoria autobiográfica en la cognición humana. Estos intentos tienen la virtud de no abandonar cuestiones que, por su carácter psicofisiológico, quedan apartadas de las reflexiones de otros investigadores. Nuestras narraciones vitales que, como he afirmado anteriormente, son las que nos definen, se construyen mediante retazos de experiencias, configuraciones estimulares que han quedado “grabadas”, “imbricadas” en una red de acontecimientos personales que resiste el paso del tiempo. ¿Cómo seleccionamos las experiencias que quedan imbricadas en esa red? ¿Cómo ordenamos las experiencias en secuencias temporales y espaciales? ¿Cómo diferenciamos recuerdos de sucesos reales de otros imaginados? Estas y otras cuestiones similares deben ser afrontadas para comprender la importancia de nuestras narraciones.

Para comenzar, resulta evidente que hay sucesos, experiencias personales, que son fácilmente olvidadas, mientras que otras resisten el paso del tiempo e incluso llegan a formar parte de escenas nucleares (Singer y Salovy, 1993). Mediante la “script theory” creada por Tomkins (1979, 1987, 1991) y reseñada por Singer y Salovy (1993), podemos comprender cómo discernimos entre distintas experiencias y qué características tienen las experiencias que conservamos en nuestras narraciones.

La teoría de Tomkins intenta integrar distintos aspectos psicológicos en un solo modelo; percepción, cognición, memoria, emoción y conducta se encuentran englobadas en una perspectiva cognitiva y afectiva de la personalidad. La unidad de esta integración es la “escena” que se compone de al menos un “affect” y un “object”. Para Tomkins (1991), se requiere de una importante impregnación emocional para que una experiencia pueda resistir el paso del tiempo, formar parte de nosotros mismos y de nuestras narrativas vitales. Existen numerosos experimentos que demuestran que la activación por el estrés es un factor muy importante que media la memoria. La amígdala es un núcleo clave en estas relaciones. Esta área cerebral proyecta outputs directos a áreas corticales y al estriado y al subículo por medio del núcleo basolateral y recibe inputs de la corteza y el tálamo en el núcleo lateral entre otras conexiones (Eichenbaum, 2003; Gibbs y David, 2003). Gibbs y David relacionan la intensidad emocional con la que se

impregnan los recuerdos o fantasías con la aparición de delusiones. Estos autores enfatizan la importancia de los componentes emocionales en el recuerdo de todas las experiencias personales. La conexión entre memoria autobiográfica y emoción, afirman Gibbs y David (2003), se encuentra empíricamente confirmada por dos evidencias muy concretas:

- a) Existe un mayor recuerdo de episodios autobiográficos congruentes con el tono emocional presente en el momento del recuerdo.
- b) Las memorias formadas durante un arousal emocional alto son más resistentes al cambio.

Estos datos muestran que las emociones son muy importantes en el establecimiento de la memoria autobiográfica. Sin embargo, un fuerte componente emocional no es suficiente para que una experiencia forme parte de nuestra memoria autobiográfica y de nuestras narrativas vitales. Es evidente que son aquellas experiencias de carácter extraordinario las que tienen mayor posibilidad de quedar consolidadas en la memoria a largo plazo y, en su caso, en la memoria autobiográfica, pero sucesos con un fuerte componente emocional (por ejemplo, una discusión en la carretera) pueden ser procesados como si fueran experiencias habituales, y pueden ser olvidados relativamente pronto. Sin lugar a dudas, muchas experiencias que provocaron un arousal más alto que experiencias que sí forman parte de nuestra memoria autobiográfica no quedaron imbricadas en nuestras narrativas. Ello es debido a que necesitamos de otra característica para explicar la memoria autobiográfica. La memoria autobiográfica debe encontrarse densamente conectada. Es decir, las escenas se conectan a otras escenas formando una red muy organizada y densa. El tipo de emoción que impregna la escena puede ser una característica por la que se asocian las escenas, pero el que las escenas compartan temática, haya protagonistas comunes, o que correspondan a un mismo periodo de tiempo, pueden ser también criterios para conectar experiencias en nuestra memoria autobiográfica. Una descripción de objetos inconexos no puede formar parte de la memoria autobiográfica, al igual que no pueden constituir una historia. Sólo cuando pongamos en relación los objetos usando distintos criterios, cuando los comparemos por medio de metáforas, cuando los ordenemos, cuando aparezca un protagonista con intenciones, entonces tendremos una historia, y tendremos

memoria autobiográfica. Este proceso de conexión es lo que Tomkins denominaba “Psychological magnification”. Una vez que existe una red de experiencias conectada densamente, mediante una constante búsqueda y recuperación, se crea una organización o un esqueleto de experiencias que Tomkins llama “script” (guión). Estos guiones actúan sobre el pasado y la nueva información, relacionando y asimilando la nueva información dentro de la narrativa organizada de nuestros recuerdos. Estos guiones permiten que el significado surja de la nueva información, pero también funcionan como filtros para desestimar información no relevante. De igual manera, estos mismos filtros pueden impedirnos reconocer y comprender nueva información, ya que todo guión, toda narrativa, supone un sesgo, aunque necesario, de procesamiento de información. Nosotros vemos el mundo a través de nuestras narrativas (o scripts) las cuales se han creado a través de las conexiones de nuestras experiencias. Definitivamente, nuestra visión del mundo se encuentra limitada y ampliada por estas narrativas. Por lo tanto, ninguna experiencia puede sobrevivir en nuestra memoria autobiográfica sin estar conectada a otras experiencias. Y como veremos más tarde, la falta de conectividad en nuestros recuerdos puede traer graves distorsiones psicológicas. Otros autores desde la psicobiología han sugerido modelos similares. McClelland y cols. (1995) sostienen que la tarea de la corteza implica un procesamiento de gran profundidad. O, lo que es lo mismo, este procesamiento supone identificar especificidades estímulares y categorizar éstas de forma jerárquica en una organización a gran escala. Yo sostengo que esta red funciona también como un filtro, al igual que los “script” de Tomkins que más arriba hemos citado, que impide el procesamiento en una red de ciertas configuraciones estímulares cuando éstas no pueden integrarse en la red cortical. Cuando nuevas configuraciones estímulares no pueden integrarse sin forzar y distorsionar la red existente, la nueva información es rechazada. La red funciona como un sistema que se transforma cuando se inyecta nueva información para conservar los criterios fundamentales y la organización actual. Sin embargo, cuando se le proporciona al sistema información contradictoria, paradójica, que podría hacer sucumbir al sistema, esta información es rechazada por el sistema. En nuestro caso, por la red jerárquica de información almacenada en la corteza. Es importante recordar que una red débilmente entretejida podría no ser capaz de rechazar esta información. Quizás podríamos explicar experiencias patológicas como delusiones y alucinaciones a partir de errores en el filtrado y la categorización de nuestras experiencias.

Una propiedad fácilmente reconocible de la memoria autobiográfica es que es muy repetitiva. De alguna forma, siempre está con nosotros. Tipos de memoria patológicas, de las cuales nos ocuparemos más tarde, son más disruptivas, tienen un carácter invasivo. La repetitividad de la memoria autobiográfica es posible por una mayor conectividad que logra una gran facilidad de evocación. La función de la repetitividad en este tipo de memoria es doble. Los recuerdos positivos pueden aumentar nuestra autoestima, motivándonos en las acciones actuales. Los recuerdos negativos o de conflictos que no están resueltos son repetidamente recuperados para permitirnos reelaborarlos, resolverlos mediante una nueva narración, hacer un nuevo reparto de significados de las experiencias, nuevas conexiones que permitan imaginar una imagen más aceptable de uno mismo. La presencia de experiencias recordadas no resueltas, o conflictivas, es otra de las características más relevantes de la memoria autobiográfica.

Los recuerdos negativos son evocados para reducir su poder no consciente sobre nosotros y darnos a nosotros mismos otra oportunidad para dominarlos y encontrar finales más satisfactorios. Una memoria negativa que es imposible elaborar se convierte en un trauma. Los problemas que padecen las personas con trastorno de estrés posttraumático así lo confirman. Las experiencias emocionalmente intensas de carácter negativo que no se recuperan para integrarlas en la memoria autobiográfica terminan por invadir a los pacientes en forma de recuerdos fragmentarios de gran intensidad y dolor, sin que puedan ejercer ningún control sobre esas escenas revividas. Por medio de la memoria autobiográfica los recuerdos dolorosos pueden, al menos, ser confrontados, cuestionados, en definitiva, elaborados e integrados en el conjunto de la biografía del sujeto (Amir, Stafford, Freshman, Foal, 1998; Singer y Salovy, 1993).

Por último, la memoria autobiográfica es intensamente real y esta impregnada de una fuerte viveza. Estos recuerdos se presentan con la fuerza de las experiencias actuales. Los autores en los que principalmente nos estamos apoyando sostienen que son experiencias similares a la realidad virtual (Singer y Salovy, 1993). ¿Son alucinaciones? Estos recuerdos tienen la propiedad de hacernos sentir más que recordar, tienen la capacidad de insertarnos en eventos sucedidos en el pasado. Los sujetos enfrascados en activas rememoraciones de experiencias autobiográficas

muestran una reducción del movimiento de los ojos, una pérdida de habilidad en el rastreo de estímulos visuales, y un enlentecimiento en los tiempos de detección de luces y estímulos auditivos. En definitiva, los recuerdos autobiográficos son tan intensos que compiten por los recursos atencionales de la conciencia.

He creído conveniente presentar brevemente un modelo específicamente de carácter narrativo (Salvatore, Dimaggio y Semerari, 2004) que dé cuenta de forma integrada de gran parte de los desarrollos teóricos anteriormente expuestos. Según Salvatore, Dimaggio y Semerari (2004) “Story-telling” es la función psicológica básica. Organizamos toda nuestra experiencia gracias a las narrativas. Estos autores reseñan a Holmes (1999), el cual atribuye a las narrativas la capacidad de transformar las experiencias inconexas en un mundo de significado. Como se puede ver en la figura 1.1., estos autores mediante aportaciones desde la neurología y la psicología diseñan y describen varios niveles de organización crecientes.

Salvatore y colaboradores presentan una hipótesis sobre la naturaleza de la organización narrativa basada en las siguientes premisas:

- a) Existen procesos neurales continuos que se transforman en representaciones de naturaleza caótica que son incorporadas en secuencias con un mayor grado de nivel narrativo.
- b) La estructura más sencilla de nivel narrativo es un perfil de activación neural. El nivel intermedio son secuencias semi-estructuradas de imágenes marcadas emocionalmente. El nivel superior consiste en historias que nos contamos a nosotros mismos con el fin de dar significado a la realidad. Organizamos nuestras acciones dentro del mundo dando una sensación de estabilidad y experiencia en el tiempo a nuestros estados mentales.
- c) La representación de los estados somáticos del cuerpo tiene una función primordial en el proceso de organización narrativa.
- d) Existe una organización jerárquica entre los distintos niveles de complejidad narrativa y se pueden encontrar movimientos no sólo desde niveles de menos organización hasta los de más complejidad, sino también de niveles más organizados a los más básicos. Estos últimos movimientos regresivos pueden provocar trastornos psicológicos.

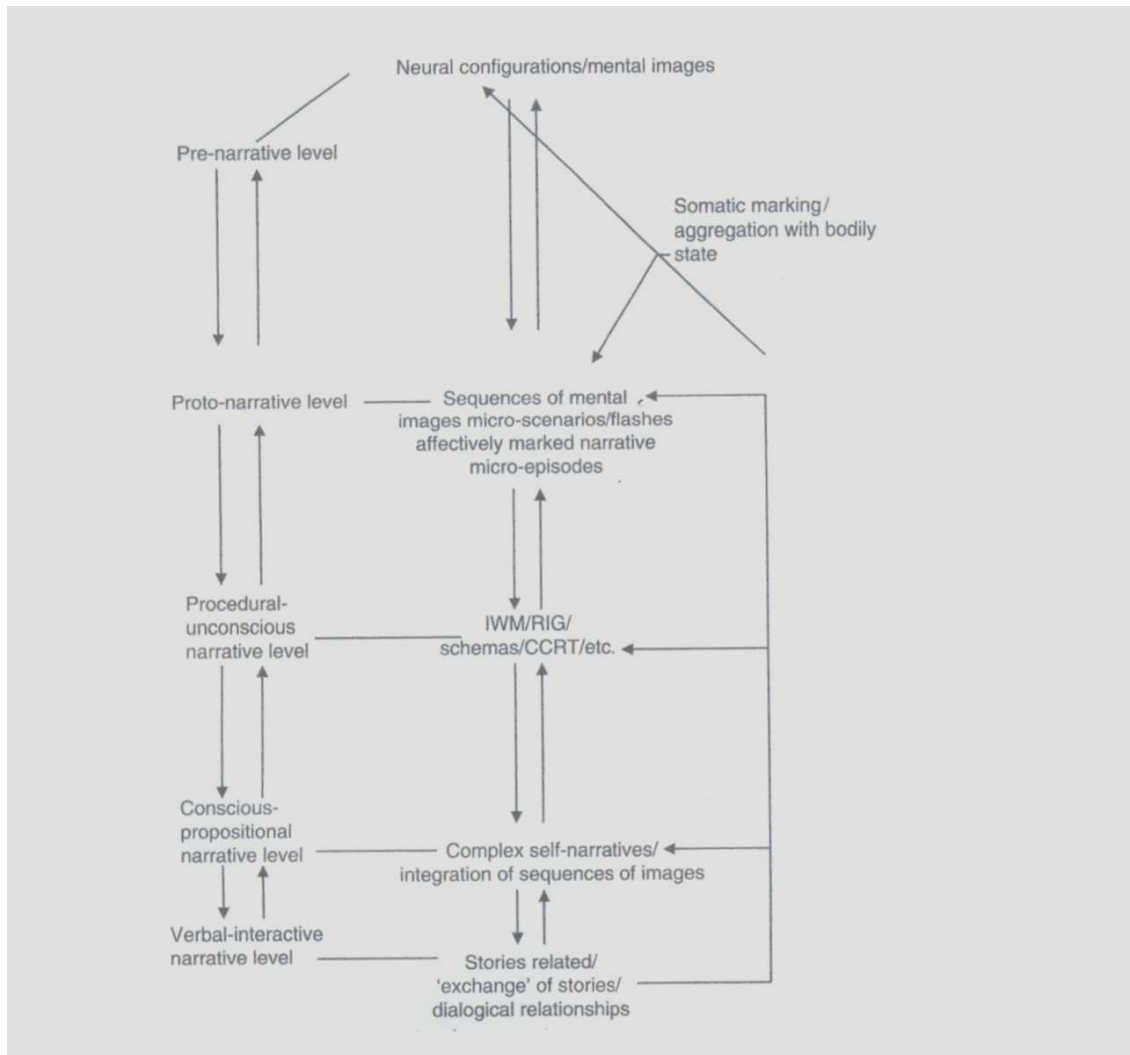


Figura 1.1 Modelo de Salvatore y colaboradores (2004). IWM: Internal Working Models; RIG: Representation of Interactions Generalized.

Estos dos últimos modelos integrativos otorgan mucha importancia tanto a las emociones como a los estados corporales. Éstos son, podríamos decir, la argamasa esencial de nuestra experiencia y son integrados mediante formatos organizativos más complejos que nos permiten dar sentido a estas experiencias y compartirlas. Este formato o esquema organizacional de la experiencia son las narrativas. A continuación y para terminar este capítulo sintetizo en varias premisas lo dicho hasta ahora.

- 1) *La identidad es narrada.* El yo aprehende la experiencia en términos narrativos. Se seleccionan uno o más caracteres o posicionamientos en una secuencia de escenas en movimiento. Mediante las narrativas, los sujetos

pueden comunicar y dar forma a las experiencias: intencionalidad, experiencia del tiempo, metas...

- 2) *Las narrativas vitales organizan en un todo integrado la experiencia.* La experiencia, o se estructura en términos narrativos, o queda fragmentada.
- 3) *Las narrativas vitales son textos culturales.* Las narrativas vitales son construidas tanto por los sujetos como por la cultura a la que pertenecen los sujetos. Existe una co-autoría de las narrativas. Las sociedades privilegian algunas clases de narrativas respecto a otras.
- 4) *Confeccionamos nuestras narrativas vitales para audiencias particulares.* Las audiencias pueden ser tanto intrapsíquicas como sociales. Las narrativas internalizadas pueden ser dirigidas a una audición interna. En el apartado sobre el dialogismo trataremos estos aspectos.
- 5) *Las personas cuentan muchas historias y éstas pueden cambiar en el tiempo.* Los psicólogos narrativos hacen especial énfasis en la multiplicidad, contextualidad y la flexibilidad de las historias que cuenta la gente. Los investigadores difieren en la importancia que se le otorga a los rasgos de estabilidad y variabilidad que muestran las narrativas. Mientras que algunos tienden a señalar la multiciplidad de las narrativas, y la necesidad de esto en una sociedad postmoderna, otros afirman la necesidad de una historia en la que las subhistorias puedan ser integradas en una narrativa coherente.
- 6) *Algunas historias son mejores que otras.* Está admitido que existen mejores narrativas en determinadas sociedades que en otras. Y la función de los terapeutas es transformarlas. Una buena historia en una sociedad moderna incluye coherencia, apertura, credibilidad, diferenciación, reconciliación e integración generativa.
- 7) *Al compartir las historias construimos intimidad y comunidad.* Este punto es esencial para nuestros objetivos rehabilitadores en salud mental. El significado de intimidad es compartir el yo interior con otros. Al mismo tiempo, las narrativas vitales tienen la función de afirmar la identidad de los sujetos en la comunidad donde se desenvuelven. Como hemos visto, mediante las narrativas se construyen macronarrativas que pueden dar apoyo o reprimir las narrativas personales. Son un vehículo para la promoción, la integración social y el entendimiento entre la gente.

1.2 EL PROBLEMA DE LA IDENTIDAD: DEL YO ESENCIAL AL YO DIALÓGICO

Seguramente echarán en falta una mayor profundización en un concepto: identidad. La identidad constituye uno de esos conceptos que siempre parecen escapárenos de entre las manos. La identidad se refiere a lo semejante, “idéntico a”, ya sea en una dimensión longitudinal (“soy el mismo de siempre”), o transversalmente respecto a un grupo o categoría (“yo soy español”). Pero también se refiere a lo diferente; nuestra identidad la construimos en contraposición a la de los otros: “Yo soy español, no me comporto como un alemán”.

Un aspecto fundamental en estas narraciones son las descripciones o caracterizaciones de los sujetos como pertenecientes a distintos grupos culturales. Estamos hablando concretamente de la construcción de una identidad cultural por parte de un sujeto. Nuestra identidad cultural nos hace previsible y reconocible. Podemos denominar “posicionamientos” a los emplazamientos en los que se describe el sujeto dentro de las categorías sociales existentes en una sociedad determinada (Hermans, 2004). La dinámica específica de cada sujeto por la cual se desplaza de un posicionamiento a otro y las posibles interacciones entre los distintos posicionamientos pueden ser solamente transmisibles gracias a las propiedades psicológicas de las narraciones que hemos explicado anteriormente (por ejemplo, un sujeto puede abandonar la posición como amante para situarse como padre tras el nacimiento de un hijo, mientras otro sujeto puede integrar los dos posicionamientos y construir una identidad alternativa). La acción de autodefinirse dentro de distintos grupos sociales por medio de categorías construidas culturalmente requiere de importantes recursos semióticos. Por lo tanto, el uso de estas categorías se construye a partir del diálogo e interacción con otros sujetos dentro de la sociedad. La identidad es imprescindible para interactuar en sociedad, y se construye con instrumentos semióticos; más allá de ello, se construye mediante la articulación de una narración en la cual se establecen diálogos con uno mismo, con otros miembros de la sociedad y otros grupos sociales.

El entender al ser humano como un narrador, es decir, como un ser vivo que está continuamente contando y contándose historias con las cuales hacer comprensible en una determinada comunidad sus experiencias vitales, supone poner en cuestión dos de

los presupuestos fundamentales de toda la tradición psicológica: la existencia de elementos de una realidad interna esencial y la existencia de un ser humano completamente individualizado y autónomo. En esta línea de desafío a la idea de yo-esencial, un concepto de Bruner (1991) que apunta al self-dialógico, aunque que no presenta el alcance del de Bakhtin, es el de “yo distribuido”. El yo se distribuye entre los distintos escenarios socioculturales en los cuales actúa. La memoria o la inteligencia desde una perspectiva cultural también se ha considerado distribuida o interpersonal (Cole, 1996; Thorne y Klohnen, 1993). En este sentido, Wertsch (1991) se pregunta ante la colaboración de un padre y un hijo en la búsqueda de un juguete que ha perdido éste: ¿quién ha recordado? La recuperación de la memoria ha sido conseguida mediante el diálogo, mediante las preguntas del padre al hijo.

Por otra parte, Gergen (1996), de un modo más radical si cabe, se distanció de las primeras formulaciones de la psicología, las cuales entendían al yo como una estructura estable. Al contrario que la visión de la identidad como compuesta de “esquemas” u otros constructos similares, Gergen concibe el yo narrativo imbuido en las propiedades sociales del discurso. En este sentido, Gergen enfatiza el carácter sociocultural de la identidad. La identidad se convierte en un discurso determinado, producto del intercambio social. La identidad es una construcción social.

Hemos establecido cómo las aportaciones de la psicología narrativa sobrepasan a la concepción multifacética del yo de la psicología cognitiva. También se ha señalado que una comprensión discursiva de la identidad implica la existencia de un autor que organice sus experiencias mediante una estructura socialmente dirigida. Como, por otra parte, se afirma claramente desde la psicología sociocultural. Todavía es posible una nueva perspectiva complementaria con lo mencionado anteriormente: el dialogismo. Entre otros, Hermans (1996, 2001a, 2001b, 2004) considera imprescindible referirse a las contribuciones de James (1890) para señalar el punto de partida de la psicología narrativa y el dialogismo. James diferenció por primera vez el “I” (Self como conocedor) del “Me” (Self como conocido). El yo como conocedor es caracterizado por tres rasgos: continuidad, distinción y voluntad. Las dos primeras características hacen referencia a dos facetas de la identidad que en un principio parecen contradictorias: por una parte, la continuidad en el tiempo, la pertenencia, la similitud y por la otra, la originalidad, la distinción, la diferencias respecto a los otros. La identidad se construye

tanto por medio de la pertenencia y la similitud como gracias a la diferencia. El tercer rasgo aportado por James presenta al sujeto como procesador de la experiencia y agente activo intencional. James fue el primero que concibió que el “I” puede identificarse con el autor y el “Me” con el actor de la narración. Sin embargo, este autor contribuyó con otra aportación al desarrollo del “Self” dialógico. James llamó la atención sobre la delgada frontera que separa el “Me” del “Mine” y afirma que el “Self” se compone de todos los elementos del ambiente que una persona puede considerar de su propiedad. Ello permite un importante avance metodológico. A partir de esta nueva visión, el “Self” no sólo puede imaginarse en un eje temporal (“Self” en el pasado o “Self” en el futuro) sino en un eje espacial. El “Self” está formado por una gran variedad de posiciones espaciales y relacionado con las posiciones de otros “selves”. Otras personas y objetos forman parte del “Self”. De esta forma se amplía el restringido dominio del clásico constructo de “autoconcepto” y se comienza a concebir la identidad como conformada por distintos posicionamientos espaciales flexibles y en movimiento.

No podríamos olvidar a uno de los padres del dialogismo: Bakhtin. Este autor avanza algunos pasos más que aquellos que mantienen la concepción del “I” como autor y el “Me” como actor; para Bakhtin (1987) es posible la existencia de varios autores o narradores independientes en una misma narración. Bakhtin, en la obra de análisis literario *Problemas de la Poética de Dostoevsky* arguye que la obra de Dostoevsky tiene varios autores o pensadores. No existe una multitud de caracteres y destinos dentro de un mundo uniformado y objetivado gracias al esfuerzo organizador de un autor, sino más bien nos encontramos en la obra del literato ruso una gran pluralidad de voces independientes que tienen características definidas y una forma original de experimentar el mundo. Según Bakhtin los pensamientos, ideas, la memoria, se convierten en dialógicos sólo si se encarnan en una voz particular; ya sea ésta real o imaginada, debe crear enunciados que responden a otros creados por otras voces. Sólo brotan las relaciones dialógicas cuando a una idea se le dota de una voz se la sitúa en un espacio social. Cada persona vive en una gran variedad de escenarios (mundos), en cada escenario se va construyendo un carácter que se transforma en un autor independiente que cuenta una propia narrativa. De este modo, se asume que cada individuo se conforma de una gran multiplicidad de autores en continuo diálogo construyendo un yo altamente complejo. Una de las propiedades del diálogo entre los distintos autores es la necesidad de una audiencia. Es decir, los enunciados de una voz tienen siempre una

dirección (Bahktin, 1986), se dirigen a una audiencia específica. Para Bahktin, además de un autor y de un contenido referencial, un enunciado debe tener destinatario. Para que exista comunicación debe haber audiencia. Hermans (1996) describe algunas aportaciones de Baldwin, Colmes, Andersen y Cole, especialmente interesantes para el tema que nos ocupa. Estos autores sugieren que las relaciones significativas conforman unas representaciones internas ricas, exclusivas y accesibles que pueden funcionar como audiencias privadas que observan, escuchan y responden a las personas con evaluaciones afectivas. Ejemplo evidente de estas audiencias privadas es la experiencia de estar enamorado. Pareciera como si tuviéramos la presencia del ser amado sobre la cabeza, y que éste o ésta presenciara y evaluara todas nuestras acciones.

Hermans (2001a, 2001b, 2004), en esta línea, concibe el “yo” como un conjunto de posicionamientos múltiples, dinámicos y relativamente autónomos en el paisaje de la mente. Desde este punto de vista, el yo puede trasladarse a distintas posiciones, incluso si estas son opuestas. Cuando un carácter se pone en movimiento en una historia, éste adquiere una propia vida con sus propias necesidades narrativas.

Así, superar definitivamente la limitada comprensión de la identidad que hemos heredado del constructo de “autoconcepto” hace necesario ampliar los límites que nos hemos impuesto para comprender la identidad. Este punto presenta repercusiones metodológicas, puesto que determinará cómo enfocamos el análisis de nuestras observaciones. Desde una visión tradicional, incluso lingüística, podemos reducir los actos de identidad en una narración a aquellos enunciados de dominio semántico autoreferencial (yo soy químico, yo soy padre, me llamo Javier y soy de Triana). Desde la perspectiva del yo dialógico los posicionamientos externos son considerados como partes extendidas del yo. Así, enunciados como “mi amigo se compró un portátil” o “Juan José es muy gracioso” serían entendidos también como posicionamientos del yo. Por lo tanto, los otros son integrados como partes del yo, como “another I” y se posibilita a los otros, como partes del yo, desarrollar una propia visión del mundo; contar su propia historia. Esta concepción tiene importantes repercusiones (Hermans, 2004):

- a) El otro no es simplemente conocido u objetivamente internalizado, sino que puede ser conocido en tanto en cuanto se le permita participar (hablar) desde su propia experiencia del mundo.

- b) El otro es como yo y al mismo tiempo es otro. Es decir, es un alter ego.
- c) El conocimiento del yo no es exclusivamente un conocimiento interno, es decir, el conocimiento del repertorio de posicionamiento de uno mismo, sino también el conocimiento del repertorio de posicionamientos externos.
- d) De alguna forma, las relaciones interpersonales pueden darse de dos formas. I-I, en la cual un posicionamiento trata a otro carácter como un sujeto, e “I-Me”, en el cual se objetiviza al otro restándole “autoridad” (desautorizándole).

Nos podemos preguntar: ¿qué aspectos debemos tener en cuenta en este complejo panorama para analizar la identidad? Hermans (2004) nos ayuda enumerando algunas propiedades de los posicionamientos que debemos evaluar en los sujetos:

- a) La existencia de una jerarquización concreta de posicionamientos con el objetivo de evitar una organización fragmentada.
- b) La accesibilidad de los posicionamientos: cuando un posicionamiento particular es introducido en el repertorio como resultado de la psicoterapia (u otra acción o experiencia), debe ser suficientemente accesible y ser actualizado para ser usado en aquellas situaciones en las cuales facilite la adaptación del paciente.
- c) Flexibilidad para moverse de un posicionamiento a otro. Debemos aprender a movernos de un posicionamiento a otro dependiendo del lugar y del momento.
- d) Variedad afectiva de posicionamientos.

En nuestra investigación atenderemos al punto primero, tercero y cuarto. La interacción con nuestros participantes en la investigación no es de carácter terapéutico y no supone la introducción de ningún posicionamiento, por lo que no ha lugar a considerar el segundo punto. Sin embargo, sí que nos preocuparemos por determinar el número de posicionamientos y las relaciones que se establecen entre éstos, la capacidad del sujeto para establecer un diálogo entre ellos y el estilo afectivo que los impregna. Ello es debido a que consideramos estas propiedades como fundamentales en el proceso de rehabilitación del enfermo mental.

Otros autores, alejados de la perspectiva dialógica, han llegado años atrás a conclusiones complementarias con las expuestas anteriormente. En dos trabajos clásicos, Watkins (1986) desde la psicología y Caughey (1984) desde la antropología, hacen hincapié en esta cuestión. Watkins en su obra *El invitado invisible* opina que tradicionalmente la psicología ha despreciado los fenómenos imaginarios. Sin embargo, demuestra que las repercusiones prácticas de los procesos mentales en los que participan personajes imaginarios son exactamente las mismas que en las que participan personajes reales. Continuamente imaginamos críticas, denuncias, halagos de otros; continuamente mantenemos diálogos de otros significativos o imaginarios y estas interrelaciones personales imaginarias son tan determinantes como las reales.

Caughey encuentra en su investigación etnográfica, publicada en el libro *Mundos sociales imaginarios*, que las relaciones imaginarias son muy habituales en el mundo occidental. Esta autora categoriza en tres grupos los tipos de interacciones imaginarias que podemos llevar a cabo: a) figuras mediáticas con el cual el sujeto nunca jamás a tenido contacto cara a cara, pero con las cuales el sujeto se encuentra unido imaginariamente (la autora aporta numerosos y detallados ejemplos, exponiendo las consecuencias fácticas de estas relaciones, por ejemplo, la muerte de John Lennon); b) sustitutos imaginarios de familiares, amigos, amantes, etcétera, con los cuales se interacciona como si estuvieran presentes; c) personajes puramente imaginarios procedente de sueño, fantasías o creencias.

En mi opinión, considero fundamental enfatizar el carácter social y, por lo tanto, externo, hacia fuera, de estas redes sociales. Es decir, los diálogos privados que mantenemos con las personas que actualmente no están presentes, determinan en muchas ocasiones nuestro estado de ánimo y nuestras habilidades para interaccionar en el mundo social visible. El mundo social visible e invisible se encuentran íntimamente imbricados, hasta el punto de que en ocasiones se pueden confundir. Con el término “invisible” se señala que los sujetos, interacciones o distintas configuraciones estimulares, no provienen directamente de los sentidos, o mejor, no de forma inmediata. Aunque esto es relativo. Por ejemplo, cuando soñamos, las configuraciones estimulares que experimentamos, algunas muy estructuradas y complejas, activan las mismas áreas corticales motoras y sensoriales que se activan en experiencias directas con el entorno

material. Esto quiere decir que no podemos desligarnos, sea cual sea la naturaleza de nuestras experiencias, de las estructuras neurofisiológicas y, en último término, de las leyes de la física y la química. Son precisamente estas leyes las que permiten el desarrollo de la cultura y de la capacidad simbólica del ser humano. Las características de estos mundo sociales “invisibles” dependientes de nuestra historia vital y otros posibles factores, como las habilidades que usamos para intervenir en ellos, son exactamente iguales para sujetos “sanos” como para las personas con problemas de salud mental.

Quizás haya parecido que algunos términos utilizados en la descripción de esta teoría son obtenidos de un lenguaje cuasi-bélico (jerarquía, dominancia, posición, coalición...). Ello no es extraño; la perspectiva dialógica (Hermans, 2004) se preocupa especialmente de las relaciones de poder. La misma estructura de un diálogo implica ya una relación en la que uno calla y otro interviene. El proceso de turno de palabra, con el grado posesión de turno, número de interrupciones, nos está hablando de relaciones de poder. Eso, sin tener en cuenta otros aspectos como el tono de voz y la comunicación no verbal. Aparte de este aspecto intrínseco a todo acto dialógico, la influencia de los factores institucionales y culturales tanto en la morfología de la interacción, como en el contenido del discurso es esencial. Y estos contribuyen a las diferencias de poder en el diálogo. El ejemplo más clásico es el de la interrogación, en el que la asimetría es máxima. A pesar de todos los esfuerzos, es importante ser consciente de que es imposible conseguir una interacción completamente simétrica. En mis estudios empíricos, que más tarde presentaremos, a pesar de que intentamos diseñar una entrevista lo más a salvo posible de la asimetría, no pude escapar de nuestra situación de dominio. La importancia otorgada a las relaciones de poder nos va ayudar a interpretar algunos de los síntomas de la esquizofrenia. Síntomas que son definidos como “invasión”, “robo” o “posesión” y por los que el paciente se siente subyugado por una realidad que no puede controlar. En este apartado hemos explorado autores que principalmente provienen de la psicología o, incluso, del mundo de la intervención clínica como Hermans. En el siguiente apartado, ofreceremos aportaciones metodológicas más modernas de análisis narrativo desde distintas ciencias sociales útiles para concebir los “posicionamientos” como elementos discursivos analizables empíricamente. Estas aportaciones han hecho énfasis en la necesidad de un análisis

estrictamente empírico de la identidad. También en el siguiente apartado haré explícita mi apuesta por un análisis cualitativo para mis datos.

1.3 DE LA BIG STORY A LA SMALL STORY

Probablemente debido a la influencia de los trabajos de los grandes clásicos en los estudios autobiográficos (Labov, 1972; Schutze, 1983), la investigación narrativa en las ciencias sociales ha sufrido un sesgo que a continuación me gustaría tratar. Muchos trabajos han enfocado sus esfuerzos en desarrollar técnicas para obtener narrativas siempre dentro de contextos formales (por ejemplo, dentro de un contexto clínico). Estas narrativas o historias eran invariablemente historias personales de eventos pasados de carácter no colectivo o comunitario. Estas historias son utilizadas como instrumentos para acceder a las representaciones de las experiencias externas de los narradores. De alguna forma, podemos afirmar que a partir de la narración de estos eventos pasados es posible llegar hasta las representaciones subjetivas de los entrevistados y a estudiar sus identidades. De este modo, las descripciones de los eventos pasados son consideradas como una representación transparente de la subjetividad (Bamberg y Georgakopoulou, n.d.). Como apoyo de esta perspectiva se encuentra el conjunto de aportaciones teóricas de las cuales hemos informado en apartados anteriores. A saber, las narraciones son estructuras o formatos esenciales para construir el “yo” gracias a su capacidad para integrar y ordenar en el tiempo y el espacio las experiencias personales y conservar la continuidad de la personalidad del autor. Bamberg y Georgakopoulou (n.d.) denominan a esta tendencia en la investigación narrativa en las ciencias sociales como “autobiographical model”, “narrative canon” o “big story research”. No quiero decir que las contribuciones expuestas anteriormente sean erróneas. Todo lo contrario, son las premisas que soportan la investigación narrativa. Sin embargo, el énfasis en los eventos pasados como elementos esenciales de la identidad, el diseño de algunas investigaciones y la entrevista autobiográfica exhaustiva en la que el investigador se comporta como una estatua, han marginado una serie de datos de relevancia del panorama investigador. Datos o materiales de investigación que son esenciales para comprender cómo construimos nuestras identidades en escenarios situacionales muy concretos.

Lejos del ámbito “big story research” quedarían entre otras interacciones las conversaciones en la barra de un bar entre amigos, el diálogo entre un tendero y un

posible cliente, los mensajes de amor por medio del correo electrónico, o los intercambios verbales entre unos niños que juegan al fútbol. Pero también permanecerían lejos de ese ámbito de investigación mis entrevistas con personas que padecen esquizofrenia u otros TMG. Estas entrevistas se realizaron en escenarios naturales, en ocasiones, incluso algunos compañeros de la persona entrevistada intervinieron en nuestras conversaciones. Aunque el contenido principal de las entrevistas fuera autobiográfico, otros muchos temas surgieron, por ejemplo, la eficacia de los servicios de autobús. Y, desde luego, yo participé más o menos intensamente en las entrevistas, en algunos casos, informando de experiencias personales a las personas con las que hablaba. Además, todo mi esfuerzo fue conseguir que mis diálogos con las personas que residían en las Casas Hogares no se diferenciaron de las interacciones habituales entre monitores y residentes.

Desde el momento en el que se reconoce como esencial en la entrevista autobiográfica la completa neutralidad del investigador no es difícil colegir que los aspectos interaccionales de la construcción narrativa se marginan completamente en el modelo de la “big story”. Sin embargo, podemos observar que la mayoría de nuestras construcciones narrativas, incluidas las autobiográficas, suceden en contextos interactivos: un encuentro con un amigo en la calle, una conversación en la sala de espera del médico entre un grupo de pacientes sobre sus dolencias, etc. Es decir, el modelo clásico de investigación narrativa no ha tenido en cuenta los aspectos interaccionales de carácter conversacional en la construcción de nuestras narrativas. Cuando nos interesamos por el carácter interaccional de la construcción narrativa nos estamos interesando por las acciones y las funciones que las narrativas desarrollan en la vida de las personas. Dicho de otra forma, nos interesamos “en cómo la gente realmente usa las historias en la vida diaria, en situaciones mundanas, para crear y perpetuar un sentido de quién se es” (Bamberg y Georgakopoulou, n.d; pág 4). Desde esta perspectiva, las narraciones no son reflejos de una identidad que se esconde tras el texto, sino que son instrumentos funcionales para crear caracteres en el tiempo y en el espacio en un contexto interactivo: yo frente a mi padre, yo frente a mi grupo de amigos o yo frente a mi jefe. Hay que tener en cuenta que los procesos constructivos siempre son bidireccionales. Es decir, al tiempo que yo voy construyendo mi identidad voy creando un contexto que limita y acompaña el proceso constructivo identitario de mi padre, del grupo de mis amigos o de mi jefe en un momento concreto, y viceversa. Al centrarse

nuestro análisis en contextos cotidianos estamos privilegiando la investigación de la construcción de la identidad situacionalmente. Es decir, aquí y ahora, en el instante de la investigación. En resumen, estamos hablando del análisis microgenético de los procesos constructivos de las identidades.

El escenario de partida para el análisis interaccional empírico de las “small stories” son personas con capacidad de agencia que constantemente busca legitimarse y situarse dentro de las prácticas lingüísticas. Es decir, el análisis de la capacidad de los interlocutores para buscar activamente el equilibrio deseado en cada momento de la interacción (Bamberg, 1997). El análisis no se centra exclusivamente en el contenido de la conversación, sino el tipo de coordinación existente entre los sujetos que interactúan. El tipo de análisis que proponemos es el “análisis de posicionamientos” (Bamberg 1997; Lucius-Hoene, 2000, 2002). Este tipo de análisis surgió dentro de las ciencias sociales, especialmente en la psicología, aunque es posible rastrear este tipo de análisis en las contribuciones de lingüistas como Wittgenstein (1980) y Austin (1981). En especial, Austin, con el concepto de “acto de habla” remarcó la dependencia del lenguaje de la acción de su uso. Al llevar el análisis del lenguaje más allá del “qué se dice” (acto locutivo) para defender principalmente el análisis del “cómo se dice” (acto elocutivo) y las consecuencias de “lo que se dice” (acto perlocutivo), contribuyó al establecimiento de la pragmática como una dimensión de estudio. Tampoco podemos olvidar a autores como Harré y Langenhove (1999), quienes remarcaron que la dimensión moral y justificadora de los distintos posicionamientos se construyen y reconstruyen conversacionalmente; y Garfinkel (2002) con su propuesta de análisis de la vida cotidiana que llamó “etnometodología”.

Como “posición” entendemos el lugar dentro de un espacio social (por ejemplo una conversación de dos personas, una reunión de empresa, etc.) que, en oposición a otros sujetos, reclamamos para nosotros. Las personas se hacen reconocibles a sus interlocutores mediante virtudes, motivos, competencias, problemas, etc. Estas autoatribuciones se corresponden a la exigencia de una determinada posición social. Es decir, a cómo quiero que me comprendan mis interlocutores. Evidentemente, un autoposicionamiento, por ejemplo, en el contexto social de una partida de ajedrez (soy un excelente jugador), implica explícita o implícitamente un heteroposicionamiento (mi contrincante está temeroso). Los actos discursivos de posicionamientos pueden ser atributos personales o motivos (no debes preocuparte, soy una buena persona), roles o

derechos sociales (como padre que soy te digo que te calles) o por medio de reglas morales (un amigo no hace eso). Los posicionamientos se estructuran en diversos niveles que pueden llegar a ser muy complejos. Por ejemplo, un sujeto que está contando una narración autobiográfica puede posicionarse en el pasado como una persona inocente y, al mismo tiempo, en el momento actual, como una persona desconfiada (en mi juventud era demasiado buena persona, pero ya me he aprendido el cuento). Este concepto es mucho más dinámico que el de rol, puesto que puede fluir de distinta forma dentro de una misma conversación en diferentes niveles y se encuentra situado entre la tradición del análisis del discurso y el análisis conversacional. La investigación se sitúa en un nivel interaccional en el que el análisis de las secuencias y la organización de distintas unidades conversacionales (estructura verbal, contenido semántico, entonación, pausas, toma de turnos, etc.) nos muestran cómo son utilizadas aquellas en el esfuerzo del interlocutor de fijar una posición social frente a la audiencia. Pero al mismo tiempo nos interesamos por las modalidades discursivas preestablecidas culturalmente. Es decir, el análisis de posicionamiento no desprecia la influencia de modelos discursivos ideológicos, culturales o institucionales que puedan ser utilizados por los sujetos para responder a las preguntas “quién soy yo” y “cómo quiero ser entendido”. Entre otros indicadores que nos ayudarán a analizar los posicionamientos en nuestras narrativas podemos encontrar el uso de los pronombres, tiempos verbales, la utilización del estilo directo o indirecto, el uso de categorías sociales, metáforas, la identificación de voces o discursos sociales, pausa, prosodia, etc.

En este sentido, analizaré cómo los residentes en las Casas Hogares quieren ser entendidos y qué recursos utilizan para ello frente al entrevistador en una situación concreta de diálogo. Tomaremos al investigador como parte del análisis ya que, como hemos visto, no es posible estudiar la construcción de la identidad situacionalmente si no se tienen en cuenta la persona o las personas que se tienen en frente.

A continuación, y para finalizar este capítulo ofrezco una amplia descripción de los problemas comunicacionales y narrativos que sufren las personas con esquizofrenia.

1.4 CARACTERÍSTICAS DE LAS NARRACIONES VITALES DE LOS ENFERMOS ESQUIZOFRÉNICOS

Aparte de la detección de los importantes deterioros de las funciones cognitivas básicas como la memoria y la atención, desde las primeras conceptualizaciones de la esquizofrenia (Kraepelin, 1887; Bleuler, 1911) se ha descrito un constante deterioro de los afectos e intereses que estructuran al yo o la desintegración de los procesos asociativos necesarios para dotar de significado a la experiencia. Actualmente, las dificultades de los enfermos esquizofrénicos para ordenar y comunicar sus historias de vida se encuentran ampliamente demostradas. Estas disfunciones permanecen ligadas a la experiencia de alienación y aislamiento que padecen estos enfermos (Holma y Aaltone, 1995; Lysaker y Lysaker, 2001a). Los factores que han sido relacionados con la dificultad para la construcción de una historia de sí mismo coherente, han sido numerosos. Lysaker, Wickett y cols. (2003) enumeran los siguientes: un rol de enfermo dominante y restrictivo, pérdida del reconocimiento de los déficits que se padecen, intensidad de las emociones, autoestima amenazada, la existencia de evidentes déficits cognitivos y de síntomas negativos asociados a procesos orgánicos y, por último, disfuncionalidad de las conexiones lógicas.

Los problemas comunicacionales de las personas que padecen esquizofrenia, íntimamente unidos a los déficits para elaborar narrativas de vida, han sido divididos en dos tipos principales a partir de investigaciones en el campo de la psicolingüística (Meilijson, Kasher, Elizur, 2004; Bazin, Sarfarti, Lefrère y cols. 2005). El primer tipo de problemas se encuentra conectado con los hándicaps cognitivos que han sido detectados tradicionalmente en estas personas, me refiero a déficits en el procesamiento de la información contextual, errores lógicos en la elaboración de asociaciones, incapacidad para la elaboración de planes y para cambiarlos dependiendo del contexto, etc. Estos problemas cognitivos se traducen en el discurso en una muy limitada complejidad sintáctica, problemas de cohesión, un uso muy reducido de conectores y una baja producción verbal. La otra clase de problemas relacionados con el discurso en las personas que padecen esquizofrenia está relacionada con los déficits en la teoría de la mente. Es decir, con las dificultades para interpretar estados intencionales, deseos, objetivos, planes, etc., en la mente de los interlocutores de la persona que padece esquizofrenia. Este tipo de problemas comunicacionales está conectado, por lo tanto,

con la pragmática del lenguaje. Dentro de este campo, por ejemplo, algunos autores han encontrado resultados contradictorios respecto a la capacidad de decodificar expresiones faciales, especialmente las negativas, por parte de personas que padecen esquizofrenia (Meilijson, Kasher, Elizur, 2004). Las pausas demasiado largas, o las dudas frecuentes en la elaboración del discurso, también han sido apuntadas con más éxito como rasgos habituales en los pacientes con esquizofrenia (Prutting and Kirchner, 1987). Por último, también han sido detectados graves problemas para la introducción, mantenimiento y cambio de las temáticas dentro del discurso en procesos comunicacionales por parte de los pacientes con esquizofrenia. Estos obstáculos para mantener la cohesión temática al tiempo que se introduce nueva información se encuentra relacionada con la clásica observación clínica de los frecuentes errores en la asociación de ideas de estos pacientes. Así, podríamos decir que los problemas que muestran las personas que padecen esquizofrenia para comunicarse no sólo dependen de las deficiencias en la generación de una sintaxis correcta, sino en el uso que hacen los pacientes del lenguaje. De hecho, en un complejo análisis del discurso de 43 pacientes con esquizofrenia, Meilijson, Kasher, Elizur (2004), sugieren dos perfiles de distorsión en el discurso, “lexical impairment”, relacionado con la competencia en aspectos semánticos y sintácticos, e “interaction impairment”, es decir, fallos en el uso del lenguaje y problemas con la comunicación no verbal.

Por todo lo anterior, parece que los déficits en las habilidades para pensar sobre los propios pensamientos, aquello que denominamos metacognición, se encuentran directamente implicados en las disfunciones de las narrativas de enfermos esquizofrénicos (Lysaker, Carcione, Dimaggio y cols. 2005). Así, se han encontrado correlaciones entre el deterioro de la ejecución en tareas que requieren el establecimiento de las propiedades de la “teoría de la mente” y síntomas negativos, delusiones, déficits en la memoria visual y auditiva, poca flexibilidad en el pensamiento abstracto o con pobre memoria autobiográfica (Lysaker, Carcione, Dimaggio y cols. 2005). Estas y otras investigaciones muestran pacientes que tienen dificultades para distinguir sus propias acciones y pensamientos de aquellos que tienen otra fuente. Por ejemplo, los pacientes esquizofrénicos fueron incapaces de distinguir pensamientos que ellos imaginaban de aquellos que fueron invitados a leer. En todas estas investigaciones la habilidad metacognitiva es inferida de una situación en la que se invita al paciente a imaginar alguna cosa o a llevar alguna conducta en laboratorio, para después presentarle

alguna tarea que requiera la identificación de la fuente de sus propios pensamientos o su conducta para su correcta ejecución. En esta línea de trabajo, Lysaker, Carcione, Dimaggio y cols. (2005) correlacionan las puntuaciones obtenidas de las narraciones de 61 pacientes de esquizofrenia mediante la escala de evaluación metacognitiva (MAS) con otros instrumentos que determinan funciones cognitivas, calidad de vida y conciencia de enfermedad. Por su interés, reproducimos algunos de sus resultados, pero antes creemos necesario indicar que dicha escala se subdivide en tres subescalas: entendimiento de la propia mente, entendimiento de la mente de los otros y “Mastery” o capacidad para implantar estrategias de acción efectivas. Uno de los resultados más interesantes hace referencia a la existencia de una alta correlación negativa entre el déficit en la memoria verbal y las puntuaciones en las tres subescalas del MAS. Ello sugiere que dificultades para la codificación verbal de emociones y representaciones mentales impide la construcción de un yo reconocible, la comprensión de las realidades mentales de los otros y el establecimiento de planes de acción. Los síntomas depresivos correlacionaron positivamente con “la comprensión de la mente de uno mismo”. Ello viene a apoyar el peligro de suicidio detectado en personas con esquizofrenia tras mejoras cognitivas y apoya las tesis que asocian las experiencias emocionales con algunos síntomas en algunas psicosis (Gibas y David, 2002). La conciencia de enfermedad correlacionó positivamente con el “Mastery”. Un último dato que merece mencionarse apunta a cómo el padecimiento de alucinaciones se correlacionaba negativamente con “la comprensión de uno mismo”, pero no con “la comprensión de la mente de los demás”. En la misma línea, la subescala “comprensión de la mente de otros” fue la que se correlacionó significativamente con menos variables de enfermedad, siendo superada ampliamente por la “comprensión de la mente de uno mismo”. Conectada a estos resultados se encuentra la conclusión más significativa de esta investigación: el daño en la conciencia de uno mismo es significativamente independiente de la metacognición aplicada a la mente de otras personas; y que la incapacidad de comprensión de los procesos internos de otros está fuera del conjunto de rasgos nucleares en la esquizofrenia. Ello explica que los pacientes puedan identificar emociones en otros, incluso en escenarios particularmente conflictivos, o nos puedan contar historias sobre personajes famosos con relativa facilidad (Lysaker, Wickett y cols. 2003). En relación con esta misma cuestión, la capacidad de los pacientes esquizofrénicos de hacer inferencias o juicios metacognitivos, es reseñable la

investigación de Harrow y Millar (1980). Estos autores encontraron que pacientes esquizofrénicos con déficits cognitivos eran capaces con excelente eficacia de señalar explicaciones incoherentes de proverbios y refranes conocidos realizados por otros pacientes. Sin embargo, eran completamente incapaces de detectar los suyos propios. Ello sugiere, como veremos más tarde, que la habilidad para realizar juicios metacognitivos sobre la mente de uno mismo y la de los demás es distinta. Por lo tanto, la investigación de Lysaker, Wickett y cols. (2003) y Harrow y Millar (1980) se apoyan mutuamente.

Tras la descripción del debate sobre la teoría de la mente, retomamos los problemas semánticos y sintácticos en personas con psicosis. Cameron (1944) acuñó varios conceptos con los cuales señalaba los errores más frecuentes en el discurso de las personas que padecían alguna psicosis. Este autor hizo referencia con el término “Asyndesis” a la conexión errónea entre conceptos, los cuales pierden su relación lógica. La “Distorsión metonímica”, veremos ejemplos en nuestro datos, consiste en la sustitución de un término por uno aproximado siguiendo un criterio idiosincrásico. Cameron (1944) agrupó estos conceptos en uno solo: “sobreinclusión”. Para este autor, la “sobreinclusión” es consecuencia de la incapacidad del paciente de limitar su foco de atención a los estímulos revelantes.

Pero, probablemente, sean las aportaciones de Andreasen (1979) las que mayores repercusiones alcanzaron en la comunidad científica al desarrollar la Escala para la Evaluación del Pensamiento, el Lenguaje y la Comunicación (TLC, Escala). En esta escala, Andreasen aporta 20 tipos diferentes de distorsión del discurso del paciente esquizofrénico (ver Tablas 1.2 y 1.3). En sus investigaciones, Andreasen (1979) halló que las distorsiones del lenguaje denominadas “clanging”, “ecolalia” y “neologismo”, las cuales son descritas habitualmente en la literatura psiquiátrica, eran prácticamente insignificantes en la muestra que estudió. Sin embargo, la “tangencialidad”, el “descarrilamiento”, la “incoherencia”, la “ilogicidad”, la “perdida del objetivo” y la “perseverancia”, eran comunes tanto para los pacientes que sufrían esquizofrenia como para los pacientes que sufrían manía bipolar. Andreasen se sorprendió de que los pacientes de manía fueran más propensos a sufrir lo que denominó “Positive thought, language and communication disorder”, apréciase la similitud de esta categorización con la dicotomía de la esquizofrenia en Tipo I y Tipo II de Crow (1980). Al mismo tiempo, Andreasen detectó que los pacientes esquizofrénicos tendían a sufrir

distorsiones de corte negativo como, por ejemplo, “pobreza de discurso” y “pobreza de contenido”.

Tabla 1.1 Principales disrupciones comunicacionales en la Esquizofrenia según la escala de Andreasen (1979).

<i>Type of disorder</i>	<i>Definition</i>	<i>Example</i>
Poverty of speech	Restriction in the amount of spontaneous speech. Replies to questions are brief and concrete.	
Poverty of content of speech	Speech that conveys little information. Language is vague and over-abstract.	
Pressure of speech	An increase in the amount of spontaneous speech compared to what is considered customary.	
Distractible speech	During mid speech, the subject is changed in response to a stimulus.	‘Then I left San Francisco and moved to . . . Where did you get that tie?’
Tangentiality	Replying to questions in an oblique, tangential or irrelevant manner.	Q: ‘What city are you from?’ A: ‘Well, that’s a hard question. I’m from Iowa. I really don’t know where my relatives came from, so I don’t know if I’m Irish or French.’
Derailment	Ideas slip off the track on to another which is obliquely related or unrelated.	‘The next day when I’d be going out you know, I took control, like uh, I put bleach on my hair in California.’
Incoherence (word salad)	Speech that is incomprehensible at times.	Q: ‘Why do people believe in God?’ A: ‘Because making a do in life. Isn’t none of that stuff about evolution guiding isn’t true any more.’

Tabla 1.2 Principales disrupciones comunicacionales en la Esquizofrenia según la escala de Andreasen (1979).

<i>Type of disorder</i>	<i>Definition</i>	<i>Example</i>
Illogicality	Conclusions are reached that do not follow logically (non sequiturs or faulty inductive inferences).	
Clanging	Sounds rather than meaningful relationships appear to govern words.	'I'm not trying to make noise. I'm trying to make sense. If you can make sense out of nonsense, well, have fun.'
Neologisms	New word formations.	'I got so angry I picked up a dish and threw it at the geshinker.'
Word approximations	Old words used in a new and unconventional way.	'His boss was a seecover.'
Circumstantiality	Speech that is very indirect and delayed at reaching its goal. Excessive long-windedness.	
Loss of goal	Failure to follow chain of thought to a natural conclusion.	
Perseveration	Persistent repetition of words or ideas.	'I think I'll put on my hat, my hat, my hat.'
Echolalia	Echoing of others' speech.	Q: 'Can we talk for a few minutes?' A: 'Talk for a few minutes.'
Blocking	Interruption of a train of speech before completed.	
Stilted speech	Speech excessively stilted and formal.	'The attorney comported himself indecorously.'
Self-reference	Patient repeatedly and inappropriately refers back to self.	Q: 'What's the time?' A: 'It's 7 o'clock. That's my problem.'
Phonemic paraphasia	Mispronunciation; syllables out of sequence.	'I slipped on the lice and broke my arm.'
Semantic paraphasia	Substitution of inappropriate word.	'I slipped on the coat, on the ice I mean, and broke my book.'

Un par de observaciones especialmente relevantes para nuestra investigación fueron aportadas por Harrow y Prosen (1978) y Shimkunas (1972). Los primeros autores se percataron de que los enunciados extravagantes y muy idiosincrásicos de algunos pacientes que son difíciles de comprender no son más que ideas personales intrusivas, por ejemplo, recuerdos marcados emocionalmente (Saavedra, 2009a; 2009b). Por otro lado y de modo complementario, Shimkunas en una serie de entrevistas a

pacientes esquizofrénicos bajo dos condiciones, entrevistas sobre sentimientos y vivencias personales y sobre cuestiones generales, halló que las distorsiones en el lenguaje y en la comunicación eran mucho más frecuentes en la primera condición. Estos resultados fueron replicados por otros autores (Haddock, Wolfenden, Lowens, Tarrier and Bentall, 1995). Por lo tanto, es posible sugerir que los pacientes tienden a ser muy vulnerables a la incoherencia y a sufrir importantes problemas comunicacionales cuando se encuentran activados emocionalmente y deben hablar sobre temas personales, algunos de ellos negativos. Como por otra parte, creo yo, le ocurre a todo el mundo.

En nuestro análisis la cohesión y la coherencia son conceptos esenciales. La cohesión hace referencia a la manera en la que las diferentes partes de un texto se encuentran conectadas por medio de recursos como las referencias pronominales, sinónimos, sustituciones verbales, conectores o incluso la elipsis. Por otro lado, el término coherencia está intrínsecamente unido al de cohesión, pero ambos no describen exactamente la misma propiedad en los textos. La coherencia no está relacionada principalmente, como en el caso de la cohesión, con lo semántico, sino también con la jerarquía lógica con la que se organizan los temas y los argumentos de un texto y un discurso. Por lo tanto, tiene un carácter principalmente vertical, mientras que la cohesión es exclusivamente sintagmática y de carácter muy local. El análisis de la cohesión se ocupa de los elementos de una misma oración y de las oraciones adyacentes, mientras que el análisis de la coherencia tiene un carácter más global. Además, en el análisis de la coherencia es necesario tener en cuenta la audiencia y el mundo que comparten los interlocutores. Así, si a la pregunta “¿Qué hora es?” nuestro interlocutor nos contesta con el último discurso de Obama, esta respuesta será muy cohesionada, pero nada coherente. La cohesión es la base de la coherencia. Sin cohesión no hay coherencia, pero es posible que al contrario, un texto totalmente cohesionado pueda ser totalmente incoherente. Algunos autores han hallado que los pacientes esquizofrénicos sufren de un uso excesivo de un tipo de cohesión, la cohesión léxica, por ejemplo por medio de sinónimos o repeticiones y, al mismo tiempo, usan un tipo de lazo cohesivo que ha sido denominado como exofórico. Es decir, los pacientes utilizan referencias que se encuentran fuera del texto y que los interlocutores en la mayoría de las ocasiones no conocen (Harvey y Neale, 1983). Otros autores como Doherty (1996),

gracias a nuevos instrumentos como el “Communication Disturbance Index” (tabla 1.3), no sólo verificó los problemas comunicacionales ante descritos en los pacientes, sino que comprobó que algunos se agudizaban especialmente cuando se les preguntaba por cuestiones emocionalmente negativas. Estos problemas son la sobreinclusión, las referencias vagas y confusas o los significados de palabras ambiguas.

Tabla 1.3 Problemas referenciales y estructurales según el “Communication Disturbance Index” (Doherty, 1996).

<i>Category</i>	<i>Definition</i>	<i>Example</i>
Vague references	Over-inclusive words or phrases that obscure meaning because of a lack of specificity.	‘Being is is, it’s not bad. You can do <i>things</i> and plus you can make people afraid of you.’
Confused references	Words or phrases that refer ambiguously to one of at least two clear-cut alternative referents.	‘Take the clock, for instance. You got ten, twelve on it, you got other numbers on it, you got a volume button on it, <i>it</i> go up and down.’
Missing information references	References to information not previously presented and not known to the listener.	‘I like to work all right. Some of <i>those shops</i> were filthy . . . I liked <i>the bakeries</i> , some of <i>the shops</i> are clean.’ (No prior mention of shops or bakeries.)
Ambiguous word meanings	Instances in which a word or phrase could have a number of different meanings, and the intended meaning is not obvious from the context.	‘I had a chance to <i>grow</i> with him but I got a divorce because I couldn’t.’
Wrong word references	Use of an odd or apparently inappropriate word or expression in an otherwise clear utterance.	‘I was trying to <i>predict</i> them people that I need, I need to get out of there.’
Structural unclarities	Failures of meaning due to a breakdown or inadequacy of grammatical structure.	‘I was socializing with friends. Girlfriends and friends <i>the same as male</i> .’

En su excelente monografía, Bentall (2003) construye una hipótesis explicativa a partir de las aportaciones teóricas anteriormente citadas (figura 1.2). Estos problemas comunicacionales, según este autor, pueden comprenderse a partir de problemas en la planificación del discurso, problemas para entender las necesidades de los interlocutores, capacidad relacionada con la teoría de la mente y con la habilidad para monitorizar el propio discurso, déficits en la memoria de trabajo y, por último, problemas con la memoria semántica que provocaría errores con la asociación de los conceptos.

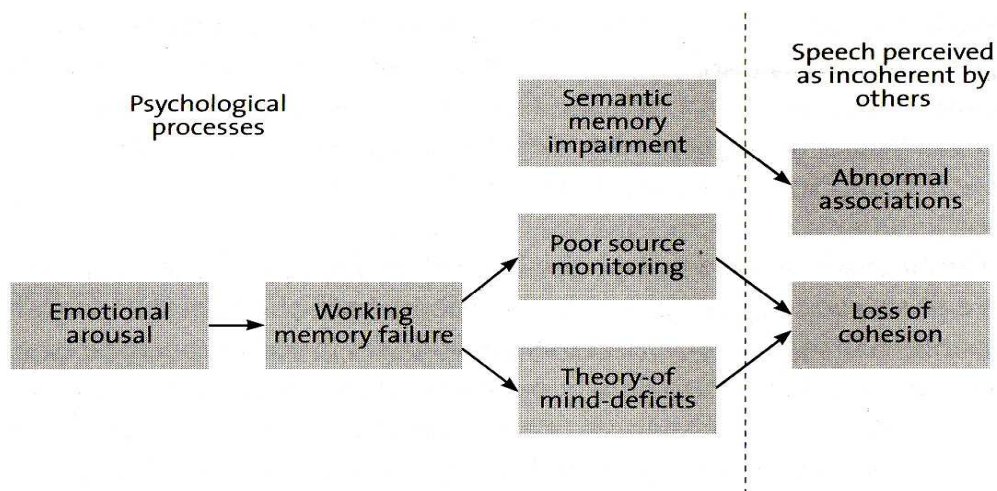


Figura 1.2 Modelo etiológico de los problemas comunicacionales en la esquizofrenia según Bentall (2003).

Hasta ahora hemos visto los déficits en el discurso de personas con trastornos mentales graves que han sido descritos principalmente desde investigaciones de carácter psicolingüístico. Algunas aportaciones de carácter psicológico abordan el problema desde un enfoque más global. Desde una perspectiva estrictamente narrativa, Dimaggio, Salvatore y cols. (2003), utilizan el término “empobrecida” para etiquetar las narraciones que han perdido las características esenciales de funcionalidad. En la misma línea, Dimaggio y Semerari (2004) denominan “desorganizadas” a las narrativas que han perdido cualquier atisbo de consistencia interna. Estas características nos pueden ayudar a comprender las narrativas de las personas que padecen TMG como esquizofrenia.

- a) En las narraciones “empobrecidas” no se incluye ninguna referencia a emociones. El narrador es incapaz de etiquetar sus emociones. Es decir, no puede asignar signos lingüísticos a las variaciones del arousal. Este hecho es esencial por dos razones. Si el paciente es incapaz de nombrar sus emociones y de ese modo identificarlas y diferenciarlas, tendrá extremas dificultades para llevar a cabo acciones en sintonía con las citadas emociones (es decir, para disminuir una conducta que produce una emoción negativa o al contrario). El sujeto se encontrará perdido y no podrá diseñar planes de acción con metas concretas. Por otra parte, la audiencia será incapaz de conectar afectivamente con el paciente; de este modo, se pierden gran parte de las posibilidades de apoyo o alianza con la audiencia. Entre otras razones, porque la audiencia no sabrá a qué atenerse. La narración pierde eficacia pragmática.
- b) Una narración empobrecida se encontrará dominada casi completamente por un solo tema que imposibilita la aparición de otras facetas o dimensiones. Por ejemplo, una narración vital puede tratar exclusivamente del éxito o del fracaso profesional del sujeto o del sufrimiento causado por la enfermedad. (veremos en nuestros resultados cómo la enfermedad puede convertirse en el único tema dentro de la narración de un paciente). Además, al no poder acceder a otras dimensiones vitales el sujeto padecerá numerosas dificultades para explicar sus conductas.
- c) La narración sólo esbozará muy débilmente el estado mental de otros personajes.
- d) El paisaje de la narrativa o “stage setting” se encuentra desposeído de detalles. Existe una pérdida de la cualidad pictórica. No existe una descripción de dónde acontece la acción.
- e) Existe muy poca o no existe articulación o diálogo entre los caracteres. A este respecto, Lysaker y Lysaker (2001a, 2001b) sugieren que los problemas cognitivos en los procesos asociativos pueden interferir profundamente en el mantenimiento interno y externo del diálogo. Ello explica que los pacientes ante la amenaza de una impredecible y desconcertante amalgama de símbolos sobre sí mismos (self-symbols) prefieran permanecer en una posición condensada o amalgama de posicionamientos no interactuantes.

- f) Por último, la acción de los caracteres no es respondida por reacciones de otros. El narrador describe escenas en las que los personajes se encuentran aislados. Se ha perdido el carácter dramático de la narración. Los personajes o caracteres no interactúan, se encuentran distantes e indiferentes respecto a metas y objetivos.

En este sentido, Dimaggio, Salvatore y cols. (2003) hipotetizan que las voces o caracteres se forman gracias a los distintos núcleos emocionales de las experiencias vividas. Si no existen núcleos emocionales reconocibles en una historia ésta no puede ser enriquecida por otros elementos. Las emociones no tienen acceso a áreas superiores cerebrales. No pueden ser trabajadas en la memoria de trabajo y, como resultado, no se les pueden adherir otros elementos de la experiencia. Para estos autores es esencial que se describan lo más ricamente posible los estados emocionales y corporales, ya que éstos son los cimientos sobre los cuales se construyen las narrativas.

Otros estudios aportan una información muy relevante sobre narrativas de enfermos esquizofrénicos. Holma y Aaltone (1995, 1997, 1998a, 1998b) consideran, apoyándose en Ricoeur, que la historia de una nueva vida surge de las historias que aún no han sido contadas. Desde esta perspectiva, la vida permanece como un simple fenómeno biológico hasta que no es interpretada a través de una narrativa. La vida es conceptualizada como una actividad continua de búsqueda de narrativas para las experiencias que todavía no han sido estructuradas mediante una de éstas. Estas autoras denominan a esta actividad de búsqueda de recursos narrativos, a la vez que situación de carencia organizativa de la experiencia, como “la cualidad pre-narrativa de la experiencia humana”. El problema aparece cuando esta actividad de búsqueda es disminuida o bloqueada, principalmente por la acción de “historias subyugantes” (subjugating story) que imposibilitan la experiencia de historias alternativas reduciendo, de ese modo, la capacidad de agencia. Si alguna experiencia vital permanece bloqueada en un estado pre-narrativo, es decir las sensaciones, emociones, los estados fisiológicos, no son nombrados y ordenados en una narración, éste suceso absorberá la actividad narrativa y otros acontecimientos no podrán ser organizados en una narrativa. De este modo, el sujeto se vería envuelto en una especie de círculo vicioso. Cuando más tarde se transforme el suceso crítico en una narrativa, mayor número de experiencias posteriores

se verán afectadas por la disfunción. De hecho, no es extraño encontrar en narraciones vitales incoherentes y desadaptativas acontecimientos críticos que permanecen en un nivel de organización narrativa muy precario. A partir de estos acontecimientos traumáticos, toda la narración vital se fragmenta y resulta casi incomprensible. Para las autoras citadas anteriormente (Holma y Aaltone, 1995, 1997, 1998a, 1998b), las identidades personales emergen cuando las conversaciones interpersonales concernientes a uno mismo son internalizadas como conversaciones interiores y son organizadas como historias. Esta conceptualización de la construcción de la identidad recuerda al modelo sociocultural originado, entre otros, por Vygotsky (1987), en el sentido de que el contexto social o interpersonal es genéticamente anterior a la experiencia interiorizada. De este modo, se hace énfasis en la importancia del ambiente social en los procesos de recuperación y rehabilitación de los enfermos que padecen de esquizofrenia. Tanto es así, que Holma y Aaltone (1998a) afirman que si el contexto social de los pacientes no ofrece un escenario interpersonal rico que posibilite la construcción de narrativas diversas, libre de “historias subyugadoras”, los pacientes pueden verse incapaces de crear una identidad narrativa coherente. En este contexto, el paciente quizás solo sea capaz de expresar sus experiencias en un lenguaje ambiguo, metafórico, que no ofrecería perspectiva coherente de la experiencia, y de esta manera evitar la confusión entre lo externo y lo interno. Así que las conversaciones interiores pueden confundirse con las externas; incluso, en última instancia, la realidad y la identidad podrían ser construidas a partir de conversaciones internas exclusivamente, aislándose de este modo totalmente del escenario social donde se desenvuelve. Estas autoras proponen la creación de escenarios sociales terapéuticos en los que los pacientes puedan acceder a contactos interpersonales que reactiven la búsqueda de narrativas para los acontecimientos no narrados. En estos escenarios se compartirían las mismas experiencias con el personal terapéutico (cualidad pre-narrativa de la experiencia), se posibilitarían múltiples narrativas y se impedirían el desarrollo de historias subyugantes. Nosotros estudiamos bajo esta perspectiva los recursos psicosociales llamados “Casas Hogares”, de los cuales obtenemos la población de nuestra investigación.

De forma resumida podemos decir que el paciente esquizofrénico, según Holma y Aaltone (1995, 1997, 1998a, 1998b), es incapaz de organizar narrativamente las experiencias vividas, ha perdido la capacidad de agencia (incapacidad de actuar como autor) y sólo se percibe como sujeto paciente, ha sufrido la disolución de la estructura

temporal de la experiencia (confusión entre pasado, presente y futuro), así como la disolución de los límites entre el mundo interno y externo. En esta situación, la psicosis puede ser entendida como el último recurso para mantener un grado mínimo de agencia y de identidad. Los delirios o alucinaciones podrían entenderse como la gravedad que impide que un planeta se fragmente en millones de pedazos. Esta visión de la psicosis como una salida desesperada a la disolución personal, o la concepción de algunos síntomas de la esquizofrenia como los últimos intentos por conservar la identidad, es compartida por muchos autores (Boydell, Gladstone, Crawford y cols., 1999; Boydell, Gladstone, Volpe, 2003; Hermans, 1994; Holma y Aaltone, 1995, 1997, 1998a, 1998b; Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer y Wright, 2002; Sells, Stayner y Davidson, 2004). Como se ha podido observar, tanto las hipótesis explicativas de Dimaggio como la aportación del concepto de “calidad pre-narrativa de la experiencia” de Holma y Aaltone son compatibles con el modelo de Salvatore, Dimaggio y Semerari (2004) que describimos en el apartado 1.1.3. Según estos, es posible que exista un bloqueo y que el paciente sea incapaz de ascender del nivel de proto-narrativa (según la terminología de Salvatore). Las propiedades de este nivel de organización narrativa son similares a las descritas para las “pre-narrativas” de Holma. De este modo, Salvatore y sus colaboradores confirman la importancia de la descripción y reconocimiento de las emociones para abandonar el nivel protonarrativo.

También es posible compaginar estos modelos teóricos con investigaciones sobre las áreas cerebrales implicadas en la memoria autobiográfica y el monitorizaje de las experiencias emocionales. Una experiencia impregnada emocionalmente que no logra ser procesada por la corteza prefrontal, es decir, que disfruta sólo de un procesamiento subcortical, permanecerá fragmentada y accederá a la conciencia en forma de flashes. Y, en último término, será difícilmente diferenciable de aquellas experiencias emocionales que son producto de acontecimientos imaginarios. Mediante todo lo anterior se crea el escenario adecuado para la aparición de experiencias delusivas y alucinaciones (Amir, Stafford, Freshman, Foal., 1998; Eichenbaum, 2003; Gibas y David, 2003; McClelland et al., 1995; Singer, y Salovy, 1993).

Lysaker y Lysaker (2002) profundizan en los déficits narrativos descritos anteriormente y proponen tres patrones de configuración narrativa para enfermos

esquizofrénicos a partir de las relaciones dialógicas que se observan entre los posicionamientos del yo:

- a) “Vacío”. Este patrón se caracteriza por una pérdida de la capacidad dialógica entre posicionamientos y otros del mundo social, aquella sólo se hace posible de forma muy precaria cuando es absolutamente necesario, y con el coste de crear de una gran confusión. Por ejemplo cuando un familiar solicita su atención agresivamente. Con sólo unas pocas posibilidades de que el diálogo sea accesible, la identidad es construida por un muy limitado número de posiciones del yo inflexibles. Estos posicionamientos podrían ser considerados como escuetos monólogos, posiciones atrincheradas cuyas relaciones son estables y resistentes al cambio. El self parece desolado y vacío. Los pacientes que presentan este patrón pueden ser caracterizados por los síntomas negativos, pérdida de la motivación y voluntad y el retraimiento emocional.
- b) “Cacofónico”. El segundo patrón de las narrativas de pacientes es una disrupción del diálogo debido a un estado en el cual la persona se encuentra poblada de una amalgama de posicionamientos desjerarquizados y desorganizados que son incapaces de dotar a la identidad de significado aceptado socialmente. Existe mayor riqueza de posicionamiento que en el patrón anterior, pero los afectos, experiencias y posicionamientos carecen de la más mínima coherencia y, por lo tanto, se hacen inaccesibles a los otros.
- c) “Monológico”. Existe una tercera forma en la que se puede describir una disrupción del diálogo entre los distintos posicionamientos de la identidad de los pacientes. En estos casos, un solo posicionamiento ha tomado todo el control de la narración, dominando al resto de self-posiciones. Este dominio hace imposible que puedan existir cambios narrativos. Este dominio puede terminar desembocando en sistematizadas delusiones. La apariencia de la narración es de una extrema rigidez.

Una conclusión de Lysaker obtenida de sus investigaciones que nos aporta esperanza de recuperación y que, por lo tanto, me parece interesante por sus repercusiones terapéuticas y rehabilitadoras, es que los enfermos esquizofrénicos no padecen una destrucción de los contenidos de su self, tan sólo no pueden acceder y lograr la interacción entre todos los componentes (Lysaker y Lysaker, 2002; Lysaker, Wickett y cols., 2003).

Para terminar este capítulo, aportamos algunos rasgos básicos de las narrativas vitales de los enfermos esquizofrénicos de forma sintética. Como hemos visto, las personas que padecen esquizofrenia no se describen a sí mismos como agentes dentro de un mundo interpersonal amplio (Holma y Aaltone, 1995, 1998a; Lysaker, Wickett y cols., 2003), también conceptúan sus problemas psicológicos de forma vaga, incoherente y difícilmente creíble (Lysaker, Wickett y cols., 2003; Lysaker y cols., 2002), las historias de sí mismas de las personas que padecen de esquizofrenia parecen vacías, ya que contienen pocas menciones al mundo social o referencias a relaciones íntimas con otras personas (Davidson, 1999). Por último, los distintos posicionamientos del paciente se encuentran desconectados, sin posibilidad de diálogo; transformándose la narrativa en una amalgama de distintos posicionamientos o en un conjunto de monólogos (Dimaggio, Salvatore y cols., 2003; Lysaker y Lysaker, 2001). En estas narraciones el paciente siempre aparecerá como un actor pasivo, sin capacidad para tomar decisiones o iniciar planes de acción. La experiencia de enfermedad, crítica en la vida del paciente, no puede ser comunicada de forma que sea compartida en sociedad, y no aparecen otros significativos con los cuales se establezcan relaciones afectivas ni existe comunicación entre los pocos caracteres del paciente que aparecen. Todo ello, teniendo en cuenta al mismo tiempo los problemas de carácter sintáctico, semántico y pragmático que hemos reseñado al comienzo del apartado. Por último, adviértase que las propiedades ausentes de las narraciones de los enfermos son las que, de alguna manera, humanizan y hacen aceptable una narración vital. Aparte de los posibles síntomas positivos y negativos que puedan padecer los enfermos, las disfunciones de las narrativas impiden que estos pacientes se sientan como seres históricos. Mediante una narrativa empobrecida se pierde la base contextual de las emociones, imaginar el futuro y crear relaciones íntimas (Lysaker y Lysaker, 2001a, 2001b, 2002). Por lo tanto, no es sólo que no se puedan comunicar, sino que también no pueden actuar ni se pueden

experimentar culturalmente. El aislamiento social, la angustia y el sufrimiento son características desgraciadas de muchos pacientes de esquizofrenia, los cuales pueden ser mejor comprendidos a partir del análisis de sus narrativas.

CAPÍTULO 2

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y TRASTORNOS MENTALES GRAVES (TMG)

2.1 ALGUNOS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS TMG

Los trastornos mentales, en general, son un problema creciente en nuestra sociedad por su elevada prevalencia. Se estima en un 25% de la población europea, el índice de prevalencia-vida de algún trastorno de salud mental. Es muy importante el impacto del sufrimiento y desestructuración que sufren los pacientes, sus familias y el entorno cercano. En concreto, existe consenso en situar la prevalencia de los TMG entre 1,5 y 2,5 cada 1000 personas de la población general. La intervención y la prevención de estos problemas resultan muy complejas y costosas para los sistemas de salud. De la misma forma, los mecanismos de coordinación necesarios entre los distintos recursos y profesionales imprescindibles para abordar estos trastornos requieren mucho tiempo y atención. La siguiente cifra puede servir de muestra del creciente gasto en problemas de salud mental de nuestras administraciones: “el 20% del gasto sanitario en los sistemas sanitarios de la UE se debe a estos procesos y para el año 2020, los trastornos neurológico-psiquiátricos serán la causa más importante de discapacidad” (Plan Integral de Salud Mental 2003-2007. Junta de Andalucía). Cuando nos referimos a trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, estas dificultades y costos se multiplican.

Estudios sobre la incidencia de la esquizofrenia ofrecen ratios que van desde el 0.1 al 0.4 por 1000 según la Organización Mundial de la Salud (*Schizophrenia and public health*, 1998). Algunos estudios apuntan que existen áreas geográficas y algunos grupos concretos más vulnerables a padecer esquizofrenia. Por ejemplo, en zonas de los EEUU y Reino Unido han sido halladas ratios de incidencia muy importantes (Bentall, 1990). En otras investigaciones los países en vías de desarrollo muestran tasas de incidencias menores que los países occidentales, aunque estos últimos estudios son criticables debido a su metodología y no han podido ser replicados (Jablensky et al., 1992; Rajkumar et al., 1991). A pesar de estos cuestionados hallazgos, la Organización

Mundial de la Salud (OMS) considera que, teniendo en cuenta las muestras, los distintos criterios diagnósticos y los métodos de evaluación, se puede afirmar que la incidencia de la esquizofrenia es similar en todo el mundo (*Schizophrenia and public health*, 1998). También se ha encontrado una incidencia especialmente grande en grupos con evidentes desventajas sociales como las minorías étnicas en Europa occidental, comunidades afro-caribeñas en el Reino Unido y personas procedente del Surinam en Holanda. Aunque estos datos también requieren una revisión metodológica.

Mucho más consistentes son los estudios sobre el curso de la enfermedad. A este respecto existe una gran diferencia entre los resultados según las áreas geográficas que analicemos. En un estudio de la OMS en diez países con un seguimiento de dos años, el porcentaje de casos con una remisión total después del primer episodio se encuentra entre el 3% en EEUU y el 54% en la India, mientras que los casos con una enfermedad psicótica cronicada varían entre el 2% en Nigeria y el 33% en Japón (Jablensky et al., 1992). Existe un cuerpo de datos muy poderoso que muestra un curso más benigno y unas consecuencias de la enfermedad más positivas en los países del tercer mundo que en los países desarrollados. Estos últimos resultados han sido replicados por estudios prospectivos longitudinales con una metodología muy cuidada en Colombia y la India. También existen diferencias significativas en la morfología en que se presenta el primer episodio psicótico. El 70%-80% de los primeros episodios de esquizofrenia que se presentan en Nigeria o en la India son de carácter agudo, mientras que en los EEUU y en Europa sólo lo son el 50% (Jablensky et al., 1992). El comienzo agudo se caracteriza por síntomas positivos floridos dentro de pocos días o semanas. El comienzo insidioso supone una transición gradual desde una personalidad premórbida mediante síntomas prodómicos a la enfermedad psicótica. Ha sido documentado que el comienzo de la enfermedad en los hombres aparece alrededor de la edad de los veinte años y el de las mujeres a los treinta según la OMS (*Schizophrenia and public health*, 1998). A este respecto, sin embargo, se suele identificar el año del primer episodio con el año del primer contacto con los servicios sanitarios. Este hecho puede distorsionar los datos. Sin embargo, sí se ha establecido un mejor pronóstico para las mujeres de manera muy consistente (*Schizophrenia and public health*, 1998).

El documento de la OMS “*Esquizofrenia y salud pública*” afirma que indudablemente estos datos significan que el medio ambiente juega un papel fundamental en las consecuencias de la enfermedad. Los factores que sustentan el curso

favorable de la enfermedad en los países en desarrollo que han sido señalados son: una mejor tolerancia al rol de enfermo, actitudes de apoyo familiares y una amplia red de la familia extensa, así como un acceso más fácil al mundo laboral.

A pesar de la evolución negativa del curso de la enfermedad en los países desarrollados, las consecuencias de la enfermedad en los países industrializados no resultan en las investigaciones actuales tan negativas como se describen en la psiquiatría clásica. Un estudio de Shepherd y cols., (1989) muestra los siguientes datos. A partir del seguimiento de cinco años de una muestra formada por pacientes del Reino Unido internados tras un primer episodio psicótico, obtiene que el 22% presenta una remisión total de los síntomas; el 35% sufre varios episodios más con una afectación mínima entre crisis; el 8% episodios con deterioros más graves; y el 35% con varios episodios con un deterioro importante de sus facultades cognitivas y funciones sociales. Podemos concluir que la visión más optimista nos indica que al menos el 60% de casos de esquizofrenia presentan un curso muy prolongado pudiendo desembocar en la cronicidad. Los factores predictores aceptados por la comunidad científica relacionados con un buen curso de la enfermedad son: género femenino, primer episodio tardío, un buen funcionamiento social premórbido y una presentación de síntomas positivos floridos de forma aguda.

Vayamos ahora con algunos datos sobre Andalucía. En la tabla 2.1. podemos observar la prevalencia de la enfermedad en esta Comunidad Autónoma según la Junta de Andalucía. Tanto la prevalencia-vida de la esquizofrenia, como en la del último año (1997) se encuentra en último lugar: 1.02%. El trastorno con mayor prevalencia es la depresión, la cual presenta un porcentaje de 26,23%. En la figura 2.1. se advierte el crecimiento de las altas hospitalarias por problemas de salud mental en Andalucía: de 9000 en 1997 a 10500 en el 2001. Sin embargo, se observa una gran estabilidad en la estancia media por episodio de hospitalización (15,30 días en 2001). A pesar de la baja prevalencia de la esquizofrenia, el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) 2008-2012 señala que las psicosis suponen el 60,95% de los ingresos hospitalarios, con 6.255 episodios en el año 2006, del total de ingresos por enfermedad mental en USM-HG (Unidad de Salud Mental-Hospital General) y una estancia media de 18,87 días. Es decir, tres días más que en el año 1997. Además, en el mismo documento, también comprobamos que las psicosis suponen el 10,27% de todas las personas atendidas en los servicios comunitarios de salud mental en el año 2006. Estos últimos datos demuestran

la magnitud de la ayuda que requieren las personas que padecen de esquizofrenia y la complejidad del esfuerzo necesario para articular una respuesta adecuada.

Tabla 2.1 Prevalencia diagnósticos psiquiátricos en Andalucía en el año 1997.

TABLA 2. PREVALENCIA PONDERADA DE LOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS MÁS FRECUENTES. ANDALUCÍA 1997.

Diagnóstico	Prevalencia Vida		Prevalencia último año	
	%	95% IC*	%	95% IC*
Algún diagnóstico psiquiátrico	42,08	39,67 - 44,50	28,76	26,54 - 30,98
Trastornos depresivos	26,23	24,07 - 28,38	12,98	11,33 - 14,63
Trastornos de ansiedad	17,48	15,62 - 19,34	12,91	11,26 - 14,55
T. por consumo de alcohol	13,13	11,48 - 14,79	6,82	5,58 - 8,05
Trastorno distímico	8,83	7,44 - 10,22	4,96	3,90 - 6,03
T. depresivo mayor episodio único	8,33	6,97 - 9,68	2,43	1,67 - 3,18
Abuso del alcohol	8,15	6,81 - 9,49	3,56	2,66 - 4,47
T. depresivo mayor recurrente	7,72	6,41 - 9,03	4,77	3,73 - 5,82
Agorafobia	7,62	6,32 - 8,92	4,68	3,64 - 5,71
Fobia simple	7,21	5,95 - 8,48	6,81	5,57 - 8,04
Fobia social	5,39	4,28 - 6,49	4,68	3,64 - 5,71
Dependencia del alcohol	4,99	3,46 - 5,49	3,26	2,39 - 4,12
Uso de drogas	4,47		2,04	1,34 - 2,73
Trastorno de angustia	4,06	3,10 - 5,03	2,74	1,94 - 3,54
Esquizofrenia	1,02	0,53 - 1,51	1,02	0,53 - 1,51

*Intervalo de confianza del 95%.
Fuente: Gomeñan Schaffer I. Prevalencia del trastorno mental en la población de Andalucía (Tesis Doctoral). Granada: Universidad de Granada; 2002.

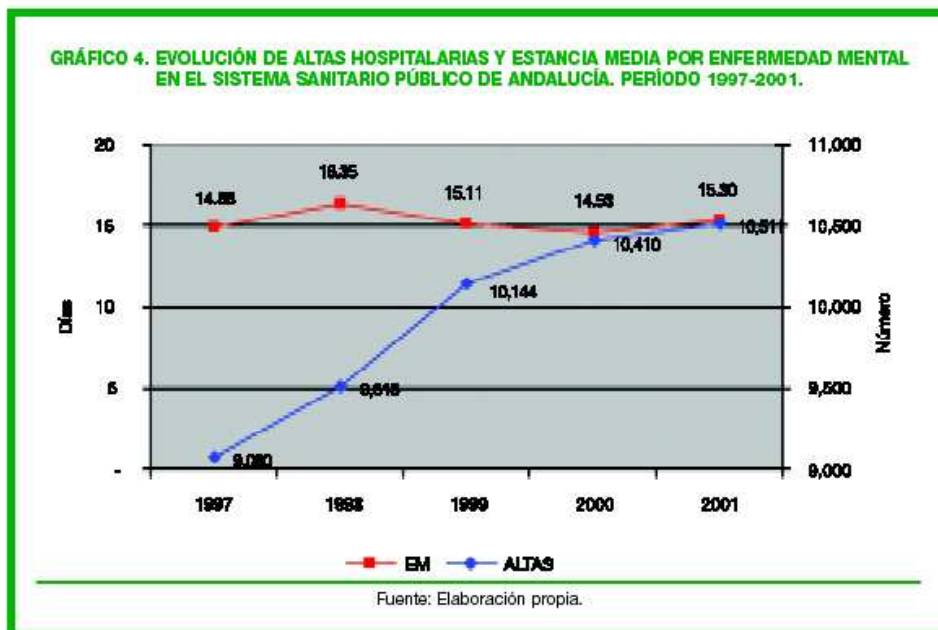


Figura 2.1. Evolución de altas hospitalarias y estancia media por enfermedad mental en el sistema público sanitario en Andalucía (1997-2001).

Con estos últimos datos terminamos este apartado. En el siguiente nos ocuparemos de los modelos rehabilitadores y de gestión que son utilizados en la actualidad en nuestros recursos sanitarios y sociales.

2.2 CAMBIOS EN LA GESTIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS: REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD MENTAL COMUNITARIA

Una serie de referencias jurídicas, empezando por la Constitución Española, configuran la estructura legal de la gestión de la enfermedad mental. En concreto, principalmente son las normas siguientes las que regulan nuestro sistema: Constitución Española (Capítulo III, Título I, Art. 43, Art. 49); Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad; Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil (Libro IV, Título II, Capítulo II); y Ley 41/2002 de 14 de Noviembre Básica Reguladora de la Autonomía del paciente. Andalucía, en este proceso de reforma psiquiátrica, ha sido pionera. Ya en el año 1984, antes de la Ley General de Sanidad, se funda el Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM), primer organismo andaluz que estudia los cambios necesarios en el sistema de Salud. A pesar del camino recorrido y de los éxitos logrados en algunos ámbitos, se ha acuñado el término de la “reforma de la reforma” para señalar la necesidad de cambios en las premisas originarias de la reforma psiquiátrica. Más allá de esta polémica, es indudable que es necesario investigar los procesos asistenciales que han surgido tras la reforma psiquiátrica mediante metodologías que primen la expresión de los pacientes y familiares para poder determinar el grado de satisfacción de estos. En este sentido, el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007 consideró las necesidades asistenciales y no asistenciales relacionadas con los TMG (Trastorno Mental Grave), las unidades de larga estancia y rehabilitación en Salud Mental como objetivos específicos de investigación. De igual modo, en el reciente Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 como actividades prioritarias “diseñar y desarrollar estudios de investigación que profundicen sobre las necesidades de atención y resultados de las intervenciones de apoyo social.”

El campo de la rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia surge a partir de importantes cambios políticos, sociales y científicos en los planteamientos de la gestión

de la enfermedad mental. Gracias a algunos modelos integradores de las décadas de los setenta, ochenta y noventa sobre la enfermedad mental, empezamos a descubrir que las necesidades de las personas que padecen esquizofrenia son múltiples, muy extensas y en ningún caso quedan satisfechas mediante un adecuado tratamiento farmacológico. A pesar del avance y la importancia de las terapias farmacológicas y de su evidente efecto protector frente a las recaídas, la ratio de recidivismo para individuos que cumplen con su tratamiento farmacológico alcanza en algunos estudios un 40% para el primer año y un 15% en sucesivos años (Hogarty, 1984; Sarti y Cournos, 1990). Además, como sabemos, los fármacos tienen un impacto limitado en los síntomas negativos y no proveen al sujeto de las habilidades necesarias para una exitosa transición a la comunidad (Lieberman, 1994). Es más, los últimos modelos etiológicos sobre la esquizofrenia hacen énfasis en la importancia del estrés en las recaídas de las personas con esquizofrenia. Por lo cual, habrá que dotar a los enfermos, como veremos más tarde, de las habilidades interpersonales para regular este estrés.

Entre los distintos modelos clásicos, el modelo que probablemente más ha influenciado e impulsado la rehabilitación psicosocial del enfermo mental es el “Modelo de la vulnerabilidad” de Zubin y Spring (1977); seguidamente vinieron otros que matizaban o profundizaban en algunos aspectos como el “Modelo de vulnerabilidad-estrés” (Nuechterlin y Dawson, 1984; Nuechterlin, 1994) o el modelo de Ciompi (1987). Lieberman (1986a) construyó un modelo integrado multifactorial de los trastornos mentales graves y sus incapacidades. También el constructo de “Emoción Expresada (EE)” (Brown y Rutter, 1966) ha sido esencial en el desarrollo de programas psicoeducativos y en la investigación sobre los factores psicosociales. Nos detenemos un poco de tiempo en el modelo de Zubin y Spring por constituir el modelo fundador de los anteriores.

El modelo de la vulnerabilidad de Zubin y Spring (1977), sin lugar a dudas, supuso una propuesta radical en el momento de su aparición que, a la larga, transformó la perspectiva desde la cual concebíamos la enfermedad. Esta teoría surge como un compromiso entre los modelos genético-biológicos y los ecológico-psicosociales. En la figura 2.2 se puede observar un esquema de este modelo que describiremos seguidamente.

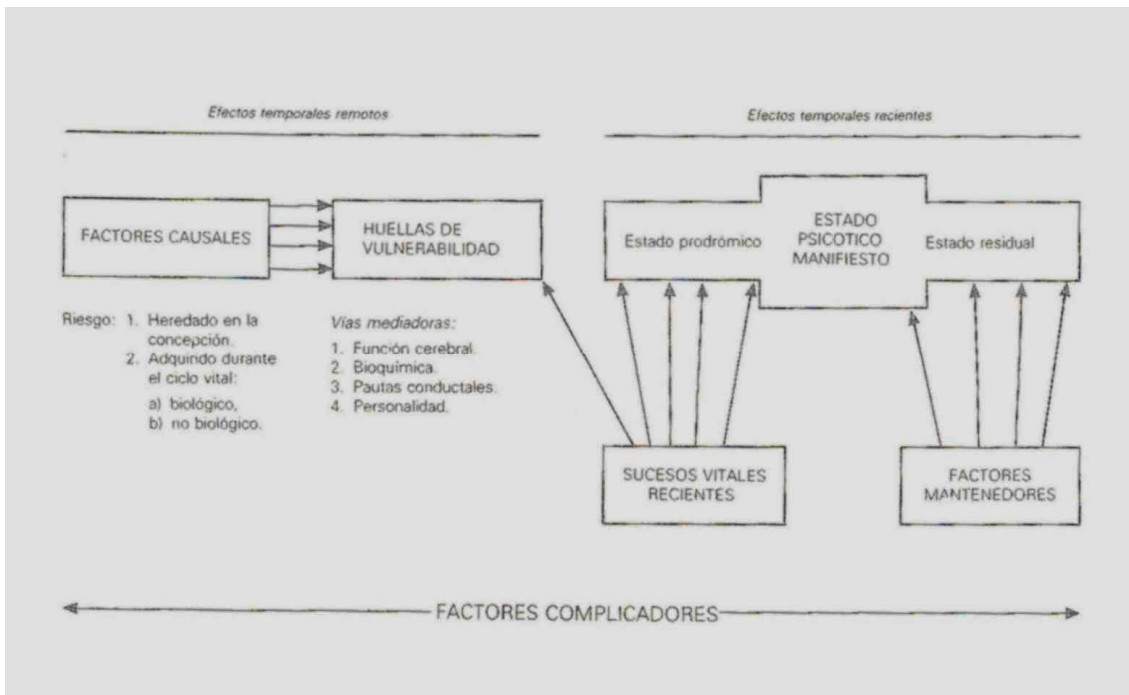


Figura 2.2 Modelo de la Vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977). Tomado de Colodrón (1990).

Estos autores consideran que cada individuo participa de cierto grado de vulnerabilidad, la cual, bajo determinadas circunstancias se transforma, en un episodio esquizofrénico. Es necesario diferenciar el episodio de esquizofrenia de la vulnerabilidad a la esquizofrenia. Esta última es un rasgo dimensional duradero y relativamente estable; sin embargo, el episodio remite y es, por lo tanto, temporal. Así que la esquizofrenia se define como una enfermedad episódica que se desarrolla en una persona, que padece un determinado grado de vulnerabilidad, cuando sufre experiencias estresantes que desencadenan un episodio (Otero, 2004). Encontramos tres factores identificables en este modelo:

- a) Factores Causales. Estos pueden ser, o de naturaleza biológica o no biológica, y determinan el grado de vulnerabilidad que de forma estable padecerá una persona. Esta vulnerabilidad podrá ser observada por una serie de marcadores biológicos y psicológicos que se observan en la figura 2.2.
- b) Factores Desencadenantes. Estos factores presentan un carácter ecológico y entre ellos se encuentran los sucesos vitales estresantes que afectan a las huellas de la vulnerabilidad y al estado prodrómico. Dependiendo del grado

de vulnerabilidad del paciente y de los factores de protección de éste se desencadenará un episodio psicótico.

- c) Factores Mantenedores y de Protección. La existencia de factores de protección como una amplia red social, disponer de un entorno laboral seguro, disfrutar de habilidades sociales adecuadas, etc, pueden lograr atenuar el estrés inducido por un suceso estresante y evitar la crisis psicótica o facilitar la recuperación. La inexistencia de estos factores o la existencia de factores negativos (como una alta emoción expresada en el entorno familiar) pueden agudizar el estrés de la persona, ayudar al desencadenamiento de la crisis y evitar su recuperación.

Es muy importante percatarse de que al contrario que los modelos biológicos y psicosociales clásicos, Zubin y Spring consideran la crisis como un episodio de enfermedad que interrumpe la vida completamente normal de la persona y no al contrario; es decir, considerar el periodo entre dos crisis como un respiro en un trastorno continuo. Las recaídas no provienen de la condición “crónica” de la persona sino de una vulnerabilidad subyacente desencadenada por sucesos vitales estresantes (Otero, 2004). De este modo, se enfatiza no un estado de enfermedad, sino un estado de salud interrumpido. Este aspecto es muy importante al estudiar las intervenciones rehabilitadoras. Más tarde, Nuechterlein y cols. (1984) desarrollaron un modelo inspirado en el anterior de Zubin y Spring al cual integran aspectos relacionados con el procesamiento de la información.

Pero ¿cuáles son las características de estos modelos que han posibilitado nuevas intervenciones? Podemos destacar las siguientes características:

- a) Esfuerzo por integrar factores psicosociales y psicobiológicos haciendo patente las interacciones entre variables de una y otra índole.
- b) Identificación de distintas etapas de la enfermedad en las cuales es posible incidir con intervenciones de naturaleza diversa. No sólo es posible intervenir en el deterioro cognitivo mediante fármacos, sino también disminuir las incapacidades y las minusvalías del paciente.
- c) Concepción de la enfermedad biopsicosocial como una alteración sistémica más que como una enfermedad en el sentido médico tradicional.

- d) Preocupación por la identificación de los factores personales y ambientales de protección y riesgo.
- e) Preocupación por definir un área de intervención psico-social. Es decir, una dimensión en donde lo psicológico fluye hacia lo social y viceversa. Como veremos, esta dimensión es el foco de atención esencial de la psicología narrativa.

Como hemos mencionado anteriormente, estos modelos teóricos permitieron que nuestros sistemas de salud mental pusieran el foco de intervención en la rehabilitación psicosocial. Pero, ¿cómo definir la rehabilitación psicosocial en el campo que nos ocupa? Definiciones de rehabilitación psicosocial hay muchas. Prefiero, antes de resumir qué entiendo por rehabilitación psicosocial, indicar cuáles son los puntos comunes y más importantes que comparten todas las definiciones y que fundamentan todos los tratamientos que se pueden englobar bajo el concepto de rehabilitación psicosocial.

- a) Esta perspectiva se fundamenta éticamente en el derecho de todos los seres humanos a disfrutar de una vida normalizada, mediante una independencia familiar y una posición económica y material que le asegure unas mínimas condiciones de vida. Por lo tanto, además de una fundamentación científica, presenta una justificación ética y política.
- b) Al contrario que en el modelo anterior de tratamiento de la enfermedad mental basado en la segregación o marginación de los enfermos respecto al resto de la población, la rehabilitación psicosocial persigue la integración en la comunidad natural del sujeto; es decir: familia, barrio, ciudad, etc.
- c) Relacionado con el anterior punto se encuentra el principio de la normalización. Es decir, la utilización de medios y métodos, lo más normalizados culturalmente posible, para lograr la integración anteriormente mencionada; esto supone la utilización de los mismos recursos sanitarios, sociales y lúdicos que los destinados al resto de ciudadanos. En esta afirmación se basa la creación de unos servicios sanitarios y sociales de salud mental insertados en la sanidad pública normalizada, en la comunidad y la desaparición de los antiguos hospitales psiquiátricos en Andalucía. Las

Casas Hogares de La Fundación andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), donde se desarrolla la investigación que posteriormente describiremos, se enmarcan dentro de esta perspectiva integradora y normalizadora.

- d) El campo de la rehabilitación psicosocial se construye con el objetivo de restaurar la autonomía y la independencia de todas aquellas personas que han perdido o no han aprendido las habilidades sociales básicas (comunicación, autocuidado, higiene personal, disfrute del tiempo libre, etcétera). Las causas de esta falta de recursos pueden ser de origen diverso. En nuestro caso este déficit se explica, entre otros muchos factores, a partir de las patologías psiquiátricas y el consiguiente deterioro cognitivo, al reforzamiento de conductas no adaptativas o de los beneficios secundarios de la enfermedad. Esta falta de habilidades supone una grave limitación para mantener relaciones satisfactorias en los distintos contextos en los que se desarrolla su vida. Todo ello provoca una dependencia continua del sujeto de las relaciones familiares (las más estables) o de las relaciones con las instituciones públicas o privadas sanitarias y sociales. La rehabilitación psicosocial promueve que el sujeto tome sus propias decisiones e interactúe en el contexto comunitario (más cercano) y social de forma autónoma. Adelantando unos conceptos de carácter narrativo, que desarrollaremos más adelante, podríamos decir que el sujeto debe convertirse no sólo en actor, o ni tan siquiera en protagonista de su propia vida, sino en autor de la misma (sólo los autores son autónomos, existen muchos protagonistas pasivos).
- e) El principio de normalización no supone un tratamiento uniformado de los pacientes, sino todo lo contrario. La rehabilitación psicosocial implica un alejamiento radical del tratamiento en bloque que describe Goffman (1983). Como muy bien exponen Fernández, Cases y cols. (1997), el principio de individuación se basa en esta perspectiva. Entendiendo que tanto la evaluación, el establecimiento de los objetivos, y el tratamiento son personales e integran al sujeto y a su entorno.
- f) Por último, la perspectiva psicosocial interviene no sólo en las habilidades de una persona, sino también en el contexto cultural y social donde se desenvuelve. Además, no sólo se focaliza la atención en la disminución de

los déficits, sino que potencia y promueve las habilidades de las que dispone la persona. La participación activa del paciente en todo el proceso rehabilitador es esencial; es imposible una rehabilitación desde la pasividad y la indiferencia del sujeto y de las personas que le rodean. De este modo, se debe promover la toma de decisiones del sujeto sobre su propia vida.

Como resumen de los objetivos de la rehabilitación psicosocial podemos decir que la rehabilitación busca un cambio fundamental en la vida de un sujeto con sus habilidades psicosociales disminuidas y que se ha visto marginado paulatinamente de la comunidad en la que vive. Este cambio se produce mediante un proceso de transformación en dos planos: uno personal o de habilidades y capacidades, y otro social o comunitario. Esta transformación implica la autonomía y la independencia del sujeto y, al mismo tiempo, su integración en la comunidad social y cultural en la que vive. La mayoría de los programas de rehabilitación se basan en la teoría del aprendizaje social y entre otros muchos programas específicos destacan los de actividad de la vida diaria (AVD) (Vena, Viedma y Cañamares, 1987) o entrenamiento en habilidades sociales (EHS) (Otero, 2004), manejo del estrés y autocontrol (Alonso, García y Salamero, 1997), Terapia familiar orientada a crisis (Goldstein y Caton, 1983) y programas de rehabilitación de los déficits cognitivos (Cerviño y Blanco, 1997; Otero, 2004).

Hasta ahora, hemos aportado una visión global del significado del concepto de “rehabilitación” aplicado a la salud mental. Sin embargo, es posible y necesario, para evitar confusiones, diferenciar distintas dimensiones del concepto. Usando las aportaciones de López y Laviana (2007) hemos elaborado el siguiente esquema para especificar las citadas dimensiones o niveles de uso del concepto de rehabilitación:

Una filosofía general. En este sentido podemos identificar la rehabilitación con la Atención Comunitaria. Ésta puede definirse como una orientación tecnológica de gestión en Salud Mental. Así, la rehabilitación puede entenderse como la característica definitoria de la Atención Comunitaria. Podemos decir que el rasgo central del modelo de atención comunitaria en salud mental es la perspectiva rehabilitadora.

Una estrategia. Prácticas profesionales sanitarias y sociales que hacen énfasis en las capacidades y discapacidades de las personas y en el fomento de su participación activa en la comunidad.

Un nivel de intervención: En el ámbito de la Salud Pública las intervenciones rehabilitadoras se sitúan al lado de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la reinserción social. Aunque en la práctica las distinciones son difíciles de apreciar.

Un conjunto de programas. Su utilidad cuenta con evidencia empírica y forman parte del inventario de actuaciones de la rehabilitación psicosocial. Se incluyen programas e intervenciones como los citados anteriormente.

Determinados tipos de dispositivos: Dispositivos que cambian de nombre y funcionamiento dependiendo de distintos contextos. Por ejemplo, en Andalucía contamos con las Unidades de Rehabilitación. Aunque hay que tener en cuenta que ni todo lo que hacen es rehabilitación ni que sólo puede considerarse rehabilitación lo que ellos hacen.

2.3 EL MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

Podríamos describir el modelo de atención comunitaria como el marco ideológico y estratégico que, mediante una perspectiva rehabilitadora, diseña nuestra forma de gestionar, desde la salud pública, los problemas de salud mental.

A la luz de lo visto hasta ahora resulta evidente que las personas que sufren enfermedades mentales de carácter crónico padecen discapacidades y deficiencias en su funcionamiento psicosocial que trascienden el carácter exclusivamente psiquiátrico: problemas en el autocuidado, relaciones sociales, ocio, relaciones familiares, trabajo, etc. Estas dificultades relacionadas con las derivadas de la enfermedad mental grave o crónica provocan consecuencias muy negativas como: uso inapropiado de la atención hospitalaria, incremento de reingresos hospitalarios (fenómeno de la puerta giratoria), dificultades de integración comunitaria, incremento de riesgo de marginalización e

indigencia de algunos enfermos mentales sin apoyo familiar ni social. Además, habría que añadir las probables situaciones de tensión y sobrecarga familiar. También es reseñable a este respecto los contrastes entre países en relación al protagonismo de las familias en el desarrollo de la enfermedad en sus miembros. Mientras que más del 90% de los enfermos viven con sus familias en países en vía de desarrollo, en EEUU sólo el 40% de los enfermos residen con sus familias (*Schizophrenia and public health*, 1998).

Por todo ello se hace necesaria la provisión a la comunidad de una serie de recursos sociales que desbordan la dimensión sanitaria-psiquiátrica para incardinarse en la atención social y comunitaria de estos problemas. Es decir, una red integral y con una fuerte coordinación de programas, servicios y recursos que cubran las distintas necesidades de estas personas y que prevengan situaciones de marginación y abandono social y posibiliten un trabajo sanitario eficaz, a la vez que lo complementan a través de un proceso de rehabilitación psicosocial y de normalización social. Sin contar con un apropiado número de recursos de soporte residencial, los esfuerzos de rehabilitación e integración de personas enfermas mentales crónicas se verían obstaculizados de forma irreversible. Existe suficiente experiencia para afirmar con rotundidad que la provisión de alojamientos adecuados representa una de las condiciones críticas para garantizar dicha atención. Pero además, debemos tener en cuenta que en un momento de transición del modelo manicomial, la cobertura de necesidades residenciales adquiere más relevancia si cabe.

La transformación de los sistemas de gestión de la salud mental fue muy diversa tanto a nivel internacional como nacional; aunque este es un debate muy interesante, no nos adentramos en él, ya que sobrepasa los objetivos del presente trabajo. Sólo ofrecemos algunos criterios elementales que se admiten como fundamentales en el proceso del paso del sistema de tratamiento “institucional” al de “atención en la comunidad”. Para ello, nos apoyamos, en parte, en las aportaciones de Rodríguez y Bravo (2003). Estos puntos en común de todos los procesos de reforma psiquiátrica son los siguientes:

- a) Crítica al hospital psiquiátrico y un intento de transformarlo recuperando su papel terapéutico o bien apostando por su supresión. La decisión por una u otra opción es un hecho diferencial en los distintos procesos de reforma.

- b) Desinstitucionalización “más o menos decidida” de la población cronificada y su reinserción en la comunidad.
- c) Desplazamiento del eje de la atención del hospital a la comunidad.
- d) Puesta en marcha de servicios capaces de atender a los pacientes en la misma comunidad y entorno social donde viven, haciendo énfasis en los factores psicosociales y sociales que afectan al curso y evolución del trastorno.
- e) Articulación de una gama de servicios y dispositivos alternativos en la comunidad.
- f) Descentralización de la idea de hospitalización. Ésta debe ser un complemento de los servicios comunitarios y no al contrario.
- g) Enfoque integrado que tiene en cuenta tres niveles: prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo multidimensional.
- h) Delimitación de zonas geográficas como marco para la organización de los servicios comunitarios de salud mental.
- i) Lógica de comunidad de cuidados que facilite una atención integral y coordinada hacia la población enferma mental.
- j) Asociación con modelos sanitarios vinculados a la Salud Pública.
- k) Y, yo añadiría, una visión normalizadora de la persona que padece una enfermedad mental como un ciudadano de derecho. Por lo tanto, se pone especial cuidado en proteger sus derechos fundamentales ante el peligro de que puedan ser infringidos. La autoridad judicial se convierte en el garante de que esto no suceda en las intervenciones sanitarias que impliquen la fuerza e involuntariedad.

La Reforma Psiquiátrica Andaluza se inició oficialmente en 1984, con la aprobación por el Parlamento Andaluz de la Ley de Creación del Instituto Andaluz de Salud Mental, iniciativa de la Administración Sanitaria que pretendía modificar la situación de los servicios públicos de asistencia psiquiátrica, dispersa entre cinco distintas Administraciones, desigualmente distribuidos en el territorio, separados del resto del sistema sanitario y basados mayoritariamente en dos tipos de instituciones ampliamente criticadas por los profesionales y la población (los ocho Hospitales Psiquiátricos Provinciales y las 69 consultas de neuropsiquiatría de la Seguridad Social). Siguiendo las directrices contenidas en la Ley General de Sanidad del año 1986

y en el Documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica del año 1985, se desarrollaron distintas actividades enmarcadas en cuatro líneas estratégicas; líneas orientadas respectivamente a:

- La desaparición de los pilares del sistema tradicional de asistencia psiquiátrica y la creación de ubicaciones alternativas, más adecuadas, para los pacientes internados.
- El establecimiento de una red de nuevos dispositivos sanitarios diversificados de prevención y orientación comunitaria, integrados funcional y territorialmente, y adscritos al sistema sanitario general.
- La consecución de en marcha mecanismos intersectoriales complementarios de la intervención sanitaria.
- Conseguir una implicación activa de los distintos “agentes” responsables, a distintos niveles, de la atención profesional de salud mental, otros profesionales sanitarios y no sanitarios, familiares y población general.

En general, el resultado del proceso de reestructuración de los servicios públicos de atención a los problemas de salud mental significó una diversificación de la oferta de servicios, una reducción real del 80% de los pacientes de larga estancia en los Hospitales Psiquiátricos, el desarrollo de programas intersectoriales y la positiva aceptación e implantación de la mayor parte del colectivo profesional. En la actualidad no existe en Andalucía ningún hospital psiquiátrico abierto. Esto es una singularidad propia andaluza, ya que en gran parte de las autonomías españolas el hospital psiquiátrico tiene alguna función en la sanidad pública.

La necesidad de organizar la atención a la salud mental en distintos niveles, diversificando así la oferta frente a la institución única, dio como resultado el modelo que se muestra en la figura 2.3, en el que se combina la atención sanitaria a la Salud Mental con recursos específicos de apoyo social. La atención sanitaria a los problemas de Salud Mental se realiza a través de una red de centros especializados distribuidos por toda la geografía andaluza, integrados en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Esta red se divide en Áreas de Salud Mental (ASM), entendidas como demarcaciones territoriales, que disponen de los recursos asistenciales específicos suficientes para

atender los problemas de salud mental de su población. El ASM es el "espacio organizativo y de gestión" donde se facilita la coordinación de todos los recursos disponibles en salud mental en ese territorio.

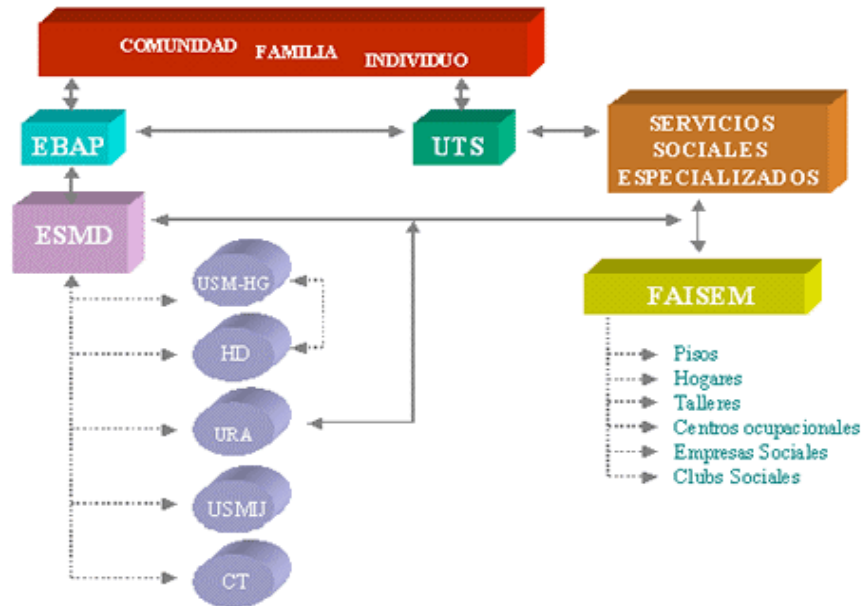


Figura 2.3 Esquemas del sistema de Salud Mental en Andalucía.

EBAP: Equipo Básico de Atención Primaria; ESMD: Equipo de Salud Mental de Distrito; USM-HG: Unidad de Salud Mental de Hospital General; USMI: Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil; URA: Unidad de Rehabilitación de Área; HD: Hospital de Día; CT: Comunidad Terapéutica; UTS: Unidad de Trabajo Social.

La dotación de dispositivos de atención a la salud mental en Andalucía, a finales del 2007 era la siguiente (Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2008-2012).

- Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD). En el Plan Integral 2008-2012 son denominados “Unidades de Salud Mental Comunitaria” (USMC): 76.
- Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil (USMIJ): 14 (252 camas).
- Unidades de Rehabilitación de Área (URA): 9 (300 plazas).
- Hospitales de Día (HD): 11 (260 plazas).
- Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM-HG): 21 (535 camas).
- Comunidades Terapéuticas (CT): 14 (230 camas).

A estos recursos hay que añadir todos los recursos sociosanitarios de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), de la cual hablaremos extensamente en otro capítulo.

La piedra angular de todo el sistema es el ESMD que podríamos decir que es el centro “de atención básico” especializado en salud mental. En éste, todos los pacientes obtendrán un profesional de referencia. El ESMD se encuentra formado, además de por psiquiatras, por psicólogos, trabajadores sociales, ATS y auxiliares. La función de la URA es el de aplicar todas las intervenciones rehabilitadoras.

La CT es uno de los recursos más caros por el porcentaje de profesionales respecto a pacientes que son empleados. Éstos son recursos de media y larga estancia para pacientes con sintomatología aguda o cronicados, los cuales no se encuentran en crisis, y, por lo tanto, no están hospitalizados. El equipo es como en el caso de los ESMD, multidisciplinar, aunque habría que añadir la figura del monitor de salud mental. Las funciones de la CT son múltiples: terapéutica, rehabilitadora, necesidades básicas, etc. En el capítulo en el cual describamos las Casas Hogares abordaremos la historia y las características de FAISEM.

2.4 LA NARRACIÓN DE VIDA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DEL ENFERMO MENTAL

Como hemos afirmado, la rehabilitación psicosocial se ha apoyado principalmente en la psicología cognitivo-conductual. En especial, en la teoría del aprendizaje. Sin embargo, algunas investigaciones, sobre todo en la última década, se han ocupado de cuestiones muy importantes para nuestra investigación desde el acercamiento a las narrativas y a las experiencias de las personas con TMG. Por lo tanto, en este capítulo exploraremos investigaciones y programas de intervención relevantes para nuestros intereses en dos planos. Primero, porque apuntan a un diseño metodológico que empieza a considerar la experiencia subjetiva de los pacientes como materia de investigación. Veremos en el siguiente capítulo cómo este naciente interés desemboca en un concepto, “Recuperación”, y en diseños de investigación que apuestan abiertamente por lo cualitativo. Segundo, porque las investigaciones que expondremos tratan sobre cuestiones que serán centrales en las narrativas que analizaremos. Por ejemplo, expondré intervenciones relacionadas con programas de habilidades

lingüísticas, trataré la cuestión de la conciencia de la enfermedad, la motivación de los pacientes y sus expectativas ocupacionales, suicidios, experiencias traumáticas y estigma. Todo ello, haciendo énfasis en una forma de investigar que toma en cuenta las experiencias subjetivas de las personas con TMG y que apuntan a orientaciones metodológicas cualitativas y de corte narrativo.

2.4.1 Habilidades lingüísticas para comunicarse

Empezaremos por un área directamente asociada a la perspectiva narrativa: las habilidades lingüísticas para comunicarse. Como hemos visto, el discurso de los enfermos esquizofrénicos adolece de importantes déficits en la pragmática comunicacional y en la interacción comunicativa. El entrenamiento en habilidades sociales puede focalizarse hacia objetivos más instrumentales, pero, del mismo modo, puede orientarse hacia habilidades de conversación (Laguna y Turull, 2000). Así, se pretende mejorar las capacidades conversacionales de los pacientes para que puedan mantener relaciones sociales satisfactorias y crear o mantener un entorno social. La evaluación y la rehabilitación de estos déficits promueven la integración social y evitan la cronificación.

Algunos autores como Laguna y Turull (2000) refieren que conseguir un mayor conocimiento y sistematización de los discursos de los enfermos supondrá una mejor acción terapéutica y rehabilitadora mejorando la calidad de vida de los enfermos. Estos autores consideran que estas áreas lingüísticas deficitarias deben integrarse dentro de la rehabilitación cognitiva de los enfermos esquizofrénicos, ya que resulta imprescindible ofrecer respuestas terapéuticas que aborden todas las áreas afectadas en la esquizofrenia. Los déficits comunicacionales dentro de los enfermos esquizofrénicos son evidentemente y altamente negativos en la rehabilitación, por lo que no deben quedar al margen de la intervención. El trabajo de estos autores pretende profundizar en estas cuestiones y elaborar un plan terapéutico que se integre dentro de los programas de intervención psicosocial. En este sentido, me interesa resaltar el intento de integrar esta área, muy cercana al análisis narrativo, dentro de la rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia. Sin embargo, esta área de intervención ha sido muy marginal en los diseños de intervención. Por ejemplo, la conocida y muy útil obra coordinada por

Abelardo Rodríguez (1997) *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*, no incluye ningún apartado especial en estos aspectos.

2.4.2 La conciencia de Enfermedad

Un aspecto en la rehabilitación psicosocial que merece una revisión desde un acercamiento narrativo es el de conciencia de enfermedad. En comparación con otros trastornos mentales graves, las personas con esquizofrenia se caracterizan por las dificultades que presentan para percibir y reconocer sus síntomas, déficits psicosociales o necesidades de rehabilitación y tratamiento. Este importante aspecto de la esquizofrenia descrito como una limitada o nula conciencia de enfermedad, llamado en ocasiones como “pobre insight”, es muy importante clínicamente. Ello es debido a que este déficit se encuentra íntimamente unido a problemas en el tratamiento, seguimientos ambulatorios, funcionamiento social, en la respuesta a la rehabilitación y a la motivación necesaria para la misma (Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer y Wright, 2002).

Lysaker y sus colaboradores describen que la investigación de la baja conciencia de enfermedad se ha desarrollado principalmente en dos líneas. La primera de ellas enfatiza la relación entre esta ausencia de reconocimiento de los problemas de salud mental y las limitadas capacidades cognitivas. Éstas se asocian a déficits neurológicos y a importantes daños generalizados en la habilidad en el pensamiento abstracto y flexible.

Una segunda perspectiva sugiere que el bajo insight refleja una negación elegida de la realidad dolorosa. La limitada conciencia de enfermedad puede aparecer como una estrategia adaptativa con el fin de evitar el rol estigmatizado de enfermo mental. Entre las evidencias que defienden esta perspectiva se incluyen resultados que indican que la aceptación de la etiqueta de enfermo mental predice más importantes déficits psicosociales (Thompson, 1988) y mayor “desesperación” (Schwartz, 2001). Otros estudios muestran que el aumento del insight incrementa los niveles de “desesperación” y una disminución del estado de ánimo.

En definitiva, las hipótesis anteriores nos acercan a la visión del bajo insight como una función protectora, de la misma forma que los síntomas positivos pueden

estar pensados como un escudo de las personas enfermas ante la baja autoestima (Blackwood, Howard, and Bental, 2001).

Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer y Wright (2002) consideran estas dos perspectivas como instructivas, sin embargo, estas dos líneas teóricas e investigación adolecen de las mismas limitaciones metodológicas y conceptuales.

Ambas perspectivas entienden la conciencia de enfermedad en una persona si se puede demostrar que ésta acepta determinados hechos “yo sé que tengo el síntoma X” o “yo necesito el tratamiento Y” o si el enfermo acepta determinadas creencias “yo acepto que yo tengo z” o “yo soy diferente a otros porque sufro debido a q”. El problema de estas aproximaciones al insight de enfermedad, según Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer y Wright (2002), es que la conciencia o inconciencia de enfermedad no es simplemente una cognición aislada, sino también un elemento de una historia vital y una comprensión narrativa de la vida del paciente. La conciencia o negación de la enfermedad está embebida en una gran historia que se encuentra inseparablemente unida a una gran variedad tanto de sucesos pasados, como de futuros sueños y expectativas. La aproximación a la conciencia o inconciencia de enfermedad desde el conocimiento o desconocimiento, acuerdo o desacuerdo de determinados síntomas o características de la enfermedad, impide la valoración de determinados hechos que pueden ayudar a comprender al paciente y a diseñar, de la mejor manera posible, los planes individuales de rehabilitación. Por ejemplo, un sujeto A puede simplemente afirmar que él padece de nervios sin dar más detalles ni aceptar las descripciones de los profesionales. Otro sujeto B, puede aportar detalles de la enfermedad y describir algunos síntomas, pero con una importante desconexión lógica, por lo que su discurso se hace muy difícil de entender. Un tercer sujeto C, puede informar de suficientes detalles de la enfermedad y con conexiones lógicas adecuadas, pero todo ello integrado en una historia sin ninguna plausibilidad. Así, éste último puede decir que padece de alucinaciones auditivas, pero que ello es debido a su contacto directo con Dios. Tanto A, como B y C, en los instrumentos estandarizados tradicionales, tendrían puntuaciones negativas en insight y posiblemente de grados similares. Sin embargo, la naturaleza del bajo insight de cada uno de ellos es totalmente distinta debido a variadas razones narrativas y supondría una gran pérdida de información no tener en cuenta estas diferencias.

2.4.3 Motivación

Dejando atrás la cuestión de la conciencia de enfermedad, otros autores se han preocupado recientemente de un aspecto esencial en el proceso de rehabilitación de personas con TMG desde una aproximación cercana al análisis narrativo. Me refiero a la motivación en los pacientes con TMG, en especial, las personas diagnosticadas con esquizofrenia (Boydell, Gladstone y Volpe, 2003). Estos autores inician el estudio de este constructo desde su preocupación por la reinserción laboral de los pacientes esquizofrénicos. Boydell y colaboradores critican las teorías que basan la falta de motivación de estos pacientes en déficits neurales, en el deterioro orgánico de centros cerebrales que median la experiencia de placer y la recompensa o, exclusivamente, en graves deficiencias en las capacidades cognitivas. Según estos autores, estas teorías resultan muy poco útiles para aquellos que trabajan colocando el foco de su atención en la reinserción laboral y en los temas de motivación relacionados con el empleo. Por lo tanto, para estos autores, el concepto de motivación debe ir más allá del énfasis en factores biológicos y situarse en un marco de trabajo más amplio. Estos autores también recuerdan la poca literatura existente sobre los factores psicosociales que pueden influir en la motivación, como, por ejemplo, la pobreza, el medio ambiente o las relaciones con otros significativos. Además, la literatura existente en la actualidad está falta de estudios cualitativos enfocados en la experiencia subjetiva de la motivación. Antes de entrar a describir las aportaciones de Boydell, Gladstone y Volpe, es necesario recordar junto con Castejón, López y Fernández (1997), que la motivación no es un proceso necesario para la rehabilitación, sino que el proceso de la motivación, el esfuerzo por acercar a determinadas personas a ciertas actividades, es ya parte de la rehabilitación. Los autores reseñados (Boydell, Gladstone y Volpe, 2003) mediante una metodología cualitativa de grupos focales, hallaron que los pacientes identificaron la medicación y “otros significativos” en el contexto social donde residían como factores determinantes en sus vidas. Los resultados de la investigación comparten con la literatura consultada la importancia otorgada a la sintomatología negativa y a la medicación; pero más importante que estos factores, los autores opinan, son los factores psicosociales, en muchos casos pasados por alto (Boydell, Gladstone y Volpe, 2003). De todos los factores psicosociales, el más determinante en la motivación del paciente, según las investigaciones de los autores, es el afecto de la otra gente. Las personas que padecen

esquizofrenia pueden sentirse marcadas no sólo por los diagnósticos psiquiátricos, sino por una serie continuada de contactos sociales que anulan su identidad como persona socialmente significativa. La literatura al respecto indica que los pacientes esquizofrénicos se benefician especialmente del apoyo social y emocional que hace aumentar la creencia en uno mismo. Estos investigadores afirman que las estrategias de adquisición de “esperanza” deben ser consideradas como el núcleo principal de los servicios profesionales para las personas diagnosticadas con problemas de salud (Lord y Hutchison, 1993). Las experiencias con personas que ofrecen apoyo emocional, las cuales puedan desembocar en una percepción de esperanza y optimismo en sujetos que informan de historias personales de abandonos, impotencia, y que han sufrido la imposición de historias de inutilidad social por parte numerosas personas (muchas de ellas muy significativas), posiblemente se conviertan en revolucionarias para la vida del paciente. A este respecto, estos autores afirman que el factor más determinante en la motivación de un paciente en el desarrollo de un programa de rehabilitación reside en la relación de éste con el terapeuta. Estos autores (Boydell, Gladstone y Volpe, 2003) afirman que esta relación es la condición fundamental para que podamos hablar de rehabilitación. Esta relación variará según las características del paciente y del profesional, sin embargo, debe mostrar las siguientes características para que el programa de rehabilitación sea un éxito:

Si el profesional escucha interesado, si ayuda en la práctica y allí donde y cuando se le necesita, si trata al paciente como la persona protagonista de su recuperación que es, si abandona el papel de ordeno y mando, si comparte con él un tiempo informal, si intercambia información personal, dándole la oportunidad de escucha, si, en definitiva, abandona el ritual y la estereotipia que repite lo pasado sin permitir alternativas, estará construyendo la única oportunidad que existe para abandonar la cronicidad. Una oportunidad sin futuro si los profesionales reproducimos las culturas y los modos institucionales en las nuevas estructuras de atención (Aparicio, 1986, pág. 18).

Algunos autores (Boydell, Gladstone, Crawford y cols., 1999; Boydell, Gladstone, Volpe, 2003; Hermans, 1994) han sugerido que la falta de motivación generalizada de los pacientes con esquizofrenia, más que responder exclusivamente a un déficit cognitivo, es causa de una estrategia de defensa del estigma y de unas relaciones sociales fuertemente humillantes, de forma que por medio de un selectivo ocultamiento se protegen de un ambiente social hostil. Por lo tanto, la pasividad y el aislamiento, a menudo vistos como una pérdida de motivación, en muchos casos pueden ser

entendidos como una activa, consciente y decidida acción. Este resultado sería similar al obtenido por Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer y Wright (2002) en sus investigaciones y que exponíamos cuando hablábamos de la conciencia de enfermedad. En definitiva, esta actitud se re-conceptúa como una estrategia de afrontamiento elegida de forma voluntaria y no como un simple síntoma de una enfermedad, como podríamos entender la fiebre de la gripe. Los síntomas negativos, de este modo, no se entenderían exclusivamente como parte de las discapacidades de la enfermedad, sino como un modo que tiene el paciente de intentar afrontar con la discapacidad de la enfermedad y los efectos secundarios de la medicación y como una forma de defenderse del medio ambiente (Bouricius, 1989). De este modo, se explicaría la contumaz renuencia que muestran muchos enfermos a participar en programas de rehabilitación, en actividades comunes, o a mantener y generalizar en otros contextos conductas adaptativas entrenadas durante largos periodos de tiempo.

Ahondando en la re-conceptuación de estas conductas de los enfermos de esquizofrenia, definidas tradicionalmente como producto de la enfermedad, Sells, Stayner y Davidson (2004) sugieren que los enfermos esquizofrénicos con bajo ratio de hospitalización muestran pautas comunes como la búsqueda de espacios públicos impersonales, una vida espiritual activa, a veces en grupos minoritarios y tácticas lingüísticas para redefinir las etiquetas sociales negativas. Estas conductas tienen en común la creación de una posición distante respecto a determinadas esferas sociales, al tiempo que favorecen la participación en otras distintas. Estos autores denominan a estos estados como “positive withdrawal”. Estas estrategias tienen el propósito de negociar espacios personales a través de los cuales las personas que padecen esquizofrenia pueden aproximarse con un mínimo de seguridad al mundo social. Sin embargo, y como contrapunto, estas estrategias suponen un grado de marginación social. Además, estos investigadores afirman que estas estrategias no difieren de las que utilizan las personas que no padecen esquizofrenia cuando luchan por encontrar un espacio social relevante que les permitan crear una identidad en el mundo social, especialmente, en los momentos críticos tras alguna pérdida. No es extraño que alguien nos diga que necesita algún espacio que le permita estar solo, que necesita cambiar su contexto social y entablar nuevas relaciones para comenzar de nuevo, porque no encuentra sentido a su vida en este momento. Incluso, muchos de nosotros habremos pasado por situaciones semejantes. Por lo tanto, es necesario no considerar estas

conductas como simplemente negativas, sino conocer el objetivo de estas estrategias y aprovechar y apoyar sus aspectos positivos.

Estas últimas afirmaciones pueden parecer, en principio, contradictorias con las anteriores respecto a la necesidad de relaciones sociales significativas. Sin embargo, es precisamente esta falta de relaciones sociales constructivas la que obliga a retirarse al sujeto a su torre de marfil y a temer salir de ésta. Falta de relaciones sociales que permitan la aparición de un espacio creativo entre la identidad de un sujeto y otro libre de exigencias; un espacio abierto que permita un sutil e intenso contacto, pero que otorgue tiempo y espacio para el crecimiento de uno y otro; una relación que no sea amenazante para la tambaleante identidad del enfermo. Todos sabemos lo complicado que resulta para cualquier persona sin problemas de salud mental ni problemas sociales, construir relaciones significativas que naveguen sabiamente entre el irresoluble dilema de la dependencia afectiva y la libertad, por lo tanto, podemos imaginar cuán complicado es para personas como las que tratamos de ayudar, con una vulnerabilidad especial, conseguir relaciones como las descritas, en un mundo, por otra parte, dominado por la competitividad y las prisas. Tras lo anterior, resulta imprescindible concluir con estos autores que la pérdida de motivación y actividad de estos pacientes deben interpretarse y entenderse dentro de un amplio marco de experiencias vitales, es decir, entenderse a través de sus narraciones vitales.

2.4.4 Actividades ocupacionales

Un marco de investigación relacionado íntimamente con el motivacional es el referido a las actividades ocupacionales o de apoyo laboral para enfermos mentales graves. Como veremos más adelante, se encuentra ampliamente demostrado que los roles laborales son fundamentales en las sociedades occidentales. En la cultura occidental, el trabajo es altamente evaluado y es considerado una fuerza socialmente integradora; sin embargo, la gran mayoría de las personas con enfermedad mental son excluidas del mundo laboral. El empleo puede servir como un elemento normalizador para individuos estigmatizado por su enfermedad mental, que están desempleados y han perdido los roles correspondientes. A través del trabajo, los individuos pueden obtener estructura diaria y pueden desarrollar una red social de contactos interpersonales (McReynolds, 2002). Lysaker, Bell, Zito, y Bioty (1995) y Lysaker y France (1999) se

ocupan de estudiar las experiencias de los enfermos esquizofrénicos en el ámbito laboral. Entre otras áreas de análisis, los investigadores analizan la perturbación de la voluntad para trabajar, los efectos de los déficits neurocognitivos en la actividad laboral (Lysaker, Bell y Bioty, 1995) y la psicoterapia como elemento protector (Lysaker, France, 1999). Estos autores remarcan la importancia del rol laboral en la construcción de una identidad coherente y socialmente aceptada. Apuntan que los problemas cognitivos no son los únicos que tienen que afrontar estos pacientes para lograr una vida activa laboralmente. Una construcción de la identidad defectuosa impide que se puedan activar planes de acción significativos estables imprescindible para el mundo laboral. Por lo tanto es imprescindible posibilitar muy tempranamente la integración de los roles laborales en la débil identidad original del sujeto. Beboutm y Maxime (1995) hacen hincapié en la importancia de la actitud de los profesionales. Estos autores aportan dos consideraciones muy interesantes. Por una parte, el refuerzo de la consolidación de la identidad como enfermo. Es decir, aquello que llamamos como “conciencia de enfermedad” puede provocar una hipertrofia de este posicionamiento, lo cual va a dificultar la construcción de otras posibles historias en las cuales el sujeto se describa bajo otros términos. Por otra parte, Bebout y Máxime (1995) nos indican que la visión de la vulnerabilidad al stress como un rasgo esencial en la esquizofrenia provoca que se actúe por parte de los profesionales con actitudes muy paternalistas, las cuales impiden el desarrollo integral del rol laboral en los enfermos.

2.4.5 Suicidio

Abordemos a continuación otra cuestión que será recurrente en muchas de las narrativas de usuarios que hemos obtenido en nuestro trabajo. Me refiero a los intentos de suicidio de las personas que padecen esquizofrenia u otros TMG. Como veremos, los intentos e ideaciones suicidas están estrechamente relacionados con el sentido que atribuimos a nuestra historia personal, con la manera de entender la experiencia de enfermedad y con nuestras experiencias subjetivas de vida. Numerosas investigaciones confirman que la mejora en la intensidad de los síntomas debido a los nuevos y eficaces tratamientos farmacológicos de segunda generación, así como el éxito de las terapias cognitivas, las cuales recuperan las capacidades cognitivas disminuidas por la enfermedad, vienen seguidas habitualmente de un aumento del sentimiento de pérdida,

una intensificación de la desesperanza y la confusión sobre la vida de los pacientes, debido a una mejor contemplación reflexiva de la misma y sus circunstancias (Lysaker, Lancaster y Lysaker, 2003). La mejora de los síntomas puede provocar de repente que el paciente encuentre que su rol social es irremisiblemente definido como enfermo y una conciencia de un pasado y presente desafortunado. La aparición de síntomas depresivos significa una mejor integración de los aspectos de la realidad y la mejoría clínica puede aumentar el riesgo de suicidio. De hecho, las experiencias vividas por las personas que sufren de esquizofrenia (crisis, ingresos involuntarios, desarraigo y separación del entorno familiar...) son padecidas como auténticos trastornos de estrés postraumáticos (Perona, 2003). Dejando aparte las aportaciones de Lysaker, Lancaster y Lysaker (2003), gran cantidad de investigaciones confirman la existencia de riesgo de suicidio tras la recuperación de una crisis. Estas investigaciones sugieren, en la etapa de remisión, que la conciencia de la naturaleza crónica de la enfermedad y de las importantes limitaciones que ésta genera en la calidad de vida, inducen a la depresión y aumenta el riesgo de suicidio (Farberow et al., 1965; Drake y cols., 1984; Cotton y cols., 1985). Así, por ejemplo, los datos observados que indican un aumento del número de suicidios después de las altas corroborarían la relación explicitada (Boatas, Pellejero y Rego, 1991). De este modo, las mejoras cognitivas vienen seguidas de sentimientos de pérdida y abandono social, aumentando el nivel de estrés y posibilitando la aparición nuevamente de la sintomatología. Por lo tanto, el paciente se encontraría en una especie de círculo vicioso. Sintetizamos las reflexiones anteriores en la siguiente figura de elaboración propia.

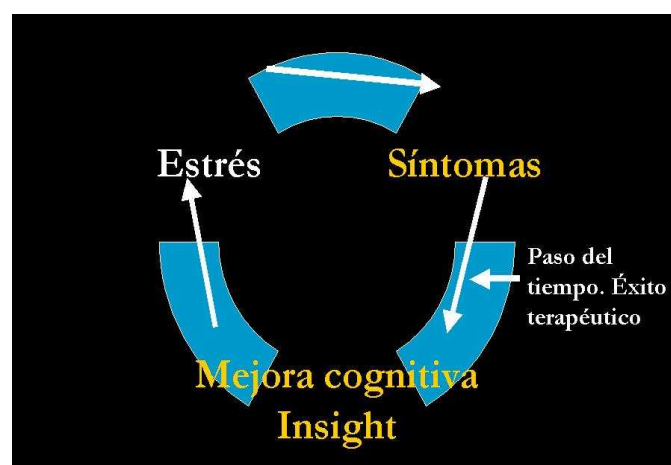


Figura 2.4 Modelo circular de recaída tras el aumento del Insight: Mejora cognitiva (Insight)-Estrés-Síntomas.

Respecto a los síntomas paranoides, podemos decir que estos pueden inducir una fuerte agresividad hacia uno mismo y aumentar el riesgo de suicidio. Sin embargo, esta dirección causal no es directa. Los datos pueden parecer paradójicos, pero el suicidio se consume después de que los pacientes hayan parado sus acusaciones paranoides. Es decir, hasta cierto punto, mientras se encuentre un paciente dentro de las delusiones paranoides, no es habitual que se cometa un intento de suicidio. Cuando las delusiones cesan, se interrumpen los tratamientos de larga duración, y se comprueba la ruptura del funcionamiento social y las pocas relaciones que existían han desaparecido, entonces es cuando el riesgo de suicidio en pacientes con delusiones paranoides se acrecienta dramáticamente.

Es mucha la literatura que relaciona la esquizofrenia con el riesgo de suicidio. De hecho, esta relación es más alta que en la población normal. De la misma forma, el suicidio es la causa más importante de la muerte prematura en enfermos de esquizofrenia. El riesgo de suicidio en personas que padecen de esquizofrenia oscila entre un 2% y un 13% (Caldwell y Gottesman, 1990; Meltzer y Okayli, 1995). El trabajo publicado por la Organización internacional de la salud, división de salud mental, titulado *Schizophrenia y Public Health* (1998) afirma que el riesgo de suicidio en los desordenes esquizofrénicos se estima entorno a un 10%, lo cual supone un riesgo de suicidio doce veces mayor que la población general. El riesgo de suicidio en esquizofrenia fue asociado con jóvenes adultos con una duración de enfermedad de menos de diez años (Drake et al., 1984). La depresión y la desesperanza son, sin duda, los más importante factores de predisposición de los enfermos esquizofrénicos al suicidio (Azorin, 1995; Jones et al., 1994). Pacientes que experimentan depresión en etapas de remisión de un episodio psicótico con un aumento del insight sobre su propia enfermedad, especialmente en hombres jóvenes con buen funcionamiento premórbido y grandes expectativas, son aquellos con mayor riesgo de cometer un suicidio. (División de Salud Mental, OMS. *Schizophrenia and Public Health*, 1998). En relación con la problemática planteada, Saarinen, Lehtonen y Lönnqvist (1999) investigaron los factores interaccionales relacionados con el reconocimiento del riesgo de suicidio en pacientes que padecían esquizofrenia con una metodología que incluía entrevistas de carácter narrativo tanto a pacientes como a otros significativos. Estos autores apuntan que los pacientes que consumaron los suicidios se encontraban usualmente

incapacitados para trabajar. Los pacientes valoraban este fuerte decremento de su capacidad de trabajo como especialmente negativo durante los cuidados psiquiátricos previos a los suicidios. Estos datos confirman nuestras aportaciones respecto a la importancia de los factores psicosociales en los procesos motivacionales que indicábamos más arriba. Uno de los mayores problemas para la prevención de los suicidios entre pacientes esquizofrénicos, según Saarinen, Lehtonen y Lönnqvist (1999), reside en que los síntomas depresivos en estos pacientes quedan frecuentemente sin reconocer. La ausencia de preocupación o la negación de estos síntomas eran una característica del 76% y el 59% de los profesionales, respectivamente. Resulta habitual después del suicidio de un enfermo esquizofrénico, escuchar comentarios de profesionales sobre la sorpresa de esta conducta después de entrevistas muy recientes o visitas clínicas, en algunos casos, horas o minutos antes de cometerse el suicidio. Un tercio de los pacientes esquizofrénicos que se suicidaron en este estudio tuvieron contactos con profesionales el mismo día que cometieron el suicidio. La dificultad para reconocer los síntomas depresivos de los enfermos esquizofrénicos en profesionales que se suponen estar entrenados para ello, surge de la identificación de la huida de las relaciones sociales o del aislamiento depresivo con síntomas negativos. Síntomas que se consideran habituales en los enfermos y que, por lo tanto, no merecen una especial atención. En esta línea, Read (1997), en una investigación sobre la preocupación de los profesionales por la historia personal sobre experiencias traumáticas de sus pacientes, recoge las siguientes razones que los clínicos aportan para justificar su poco interés por las historias de sus pacientes: demasiadas cosas más importantes que hacer; las experiencias traumáticas pueden ser productos de sus síntomas psicóticos; la preocupación sobre experiencias traumáticas puede inducir posibles memorias falsas. Esta dificultad de reconocimiento se acrecienta debido a que los enfermos, cuando han tomado la decisión del suicidio, dejan de enviar mensajes emocionales, apareciendo ante los profesionales como personas totalmente despreocupadas. Por todo lo anterior, resulta extremadamente difícil detectar el riesgo de suicidio después de que el paciente haya tomado la decisión o poco antes de ello. La detección del riesgo debe surgir algún tiempo antes cuando los síntomas depresivos todavía son visibles y el paciente envía señales de ayuda. También es reseñable que la pérdida de preocupación de los profesionales está asociada con una depresión secundaria. Los pacientes pueden interpretar la despreocupación por el riesgo de suicidio de los profesionales, no como un

desconocimiento de la realidad de la enfermedad ni como un error metodológico en la evaluación del paciente, sino como indiferencia hacia su situación vital, lo que puede acrecentar la depresión existente y el riesgo de suicidio, ya que los pacientes esquizofrénicos son fuertemente dependientes de los contactos con los profesionales y los tratamientos a los que acuden. Por ello, los cambios en los tratamientos deben ser diseñados cuidadosamente.

Si consideramos las conductas y las ausencias de conductas de los pacientes exclusivamente como síntomas de una enfermedad y sin ninguna intencionalidad, si pensamos que los pacientes no pueden comunicarse voluntariamente e identificamos cualquier expresión, conducta o ausencia de ésta como producto mecánico de una enfermedad, si no tenemos en cuenta lo que los pacientes transmiten con sus palabras y sus acciones, entonces, no sólo estaremos trabajando de forma negligente y poniendo en riesgo sus vidas, sino que resultará evidente que seguimos reproduciendo conductas profesionales de marcos teóricos, propios de la psiquiatría manicomial, que creíamos superados en la psicología y en las ciencias sociales afines contemporáneas. No basta con mejorar las capacidades cognitivas de los enfermos y hacer remitir los síntomas, sino que se deben de prever y tratar estas previsibles reacciones de desesperanza debido a la más clara contemplación de la situación vital por parte del paciente. Una rehabilitación psicosocial que no incluya una rehabilitación de la historia del paciente que posibilite una integración social y un equilibrio personal, corre un importante riesgo de terminar en fracaso. Al tiempo que se trabaja con las capacidades cognitivas, remiten los síntomas y se entrena al paciente en conductas adaptativas para intervenir en sociedad, se debe ofrecer al paciente los recursos narrativos necesarios para que sea capaz de integrar su pasado posibilitando reinterpretaciones flexibles de éste que se proyecten al futuro y que no impidan una nueva identidad en sociedad. Veremos en el siguiente capítulo cómo el concepto de “Recuperación” sitúa el foco de atención en estos aspectos subjetivos.

2.4.6 Experiencias traumáticas

Hemos apuntado anteriormente que algunas experiencias que vivencian los pacientes esquizofrénicos se pueden considerar de carácter “traumático”. Considero muy importante para nuestros propósitos la relación existente entre las experiencias de

carácter traumático, el tipo de narrativas que estas experiencias inducen y los trastornos psicológicos asociados. Diversos autores (Kilpatrick, Resnick, Freedy, 1992; Tromp, Koss, Figueredo, y Tharan, 1995) han sugerido que la memoria de eventos traumáticos se encuentra más fragmentada, desorganizada, consistente en grandes representaciones de intensas emociones, incomprensión y confusión. Por ejemplo, las narraciones de mujeres asaltadas sexualmente muestran menos frecuencias de palabras de carácter emotivo, pero mucho más intensas y ambiguas, si las comparamos con narraciones de eventos negativos no relacionados con asaltos sexuales. Amir, Stafford, Freshman y Foal (1998), mediante un estudio con mujeres que habían sufrido ataques sexuales, encuentran que el reading-level (número de caracteres por palabras, número de sílabas por palabra y número de palabras por oración) se correlacionaba negativamente con la severidad del trastorno de estrés posttraumático tres meses después del evento traumático y se relacionaba con el estado de ansiedad general inmediatamente después del suceso. Estos autores sugieren que las narrativas simples, poco después de los sucesos traumáticos, dificultan la posterior recuperación. El éxito del procesamiento emocional de los eventos traumáticos requiere la creación de una narrativa cohesionada, organizada y articulada. Yo sostengo que podemos extrapolar, con prudencia, estas conclusiones a las experiencias vividas por los enfermos esquizofrénicos. En relación a la influencia de las experiencias traumáticas, un número importante de investigaciones y aportaciones teóricas en los últimos años (Kinderman y cols., 2000; Lysaker, Meyer y cols., 2002; Read, Perry y cols., 2001; Romme y Escher, 2000) han sugerido que existen relaciones evidentes entre el padecimiento de la esquizofrenia y las experiencias traumáticas, principalmente en la infancia. Esta conexión entre experiencias de carácter traumático y la esquizofrenia se encuentra planteada de formas distintas. Estos investigadores esgrimen la similitud existente entre algunos síntomas del trastorno por estrés posttraumático y síntomas positivos de la esquizofrenia como un argumento de sus posiciones teóricas. Además de ello, aportan numerosos estudios epidemiológicos que relacionan la esquizofrenia con experiencias traumáticas, principalmente, abusos sexuales y maltratos a niños. Algunos de estos autores sugieren que estas experiencias pueden funcionar como variables explicativas constituyentes de la vulnerabilidad al estrés que padecen estos enfermos. En esta línea Read, Perry y cols., (2001) se preguntan si existiría una psicosis disociativa posttraumática. Como es lógico, estos autores critican la poca consideración que se otorga a las experiencias traumáticas

biográficas de los enfermos. Para una amplia revisión de la cuestión, se puede acudir al trabajo de Saavedra (2008a).

2.4.7 Estigma

Otra cuestión muy importante en la rehabilitación psicosocial es el estigma que sufren los pacientes esquizofrénicos. Según la Organización Mundial de la Salud, división de Salud Mental, en su documento titulado *Schizophrenia and public health* (1998), el estigma social se refiere a los atributos profundamente humillantes e incapacitantes relacionados con actitudes y creencias acerca de un grupo de personas; estas creencias y actitudes afectan a la identidad y dañan la percepción de sí mismos de este grupo de personas a través del rechazo social, la discriminación y el aislamiento social (Goffman, 1983). El estigma está fuertemente unido al proceso de etiquetado de los enfermos mentales. Entre las consecuencias negativas del estigma se encuentra el uso de lenguaje peyorativo, barreras para el alojamiento y el empleo de estas personas, restricciones a servicios sociales, pocas oportunidades de encontrar pareja, incremento de la institucionalización y el maltrato. El estigma social se encuentra íntimamente relacionado con el cambio en las narrativas personales de estos pacientes. Numerosos estudios indican que es creído habitualmente por la población general que las personas que padecen de esquizofrenia están indefensas y son peligrosamente incapaces de controlar su propia conducta (Lysaker, Lancaster y Lysaker, 2003). El estigma social, teniendo su origen en las interacciones sociales acontecidas en la comunidad, residen en las historias de los mismos pacientes esquizofrénicos. Las relaciones personales estigmatizadoras, en definitiva, los diálogos, los contactos personales, las afirmaciones humillantes, terminan incorporándose al lenguaje interno de los pacientes y a sus propias narrativas vitales. Los pacientes construyen la casa de su identidad por medio de los materiales de desecho que la sociedad le facilita. Incluso estas personas pueden aprovechar los beneficios secundarios que le ofrece la precaria identidad que han conseguido edificar (Goffman, 1961). La construcción de una identidad socialmente entendible por medio de estos materiales es el déficit psicosocial más recalcitrante que padece el enfermo (Lysaker, Lancaster y Lysaker, 2003). En la actualidad se lucha contra el desarrollo del estigma social desde dos frentes. En uno de ellos, se lucha por cambiar las creencias y actitudes de la población general, de modo que empiece a

ofrecer materiales de más calidad para la construcción de la identidad de estos pacientes. Ámbitos como el de los medios de comunicación, organización de los recursos sociales y sanitarios de salud mental, cambio en ideologías implícitas negativas y cosificantes entre los profesionales de salud mental, defensa y proclamación de los derechos de estas personas en los contextos políticos, asociacionismo, etc. En el otro frente, se trata de ofrecer a los pacientes materiales de calidad en ámbitos profesionales al tiempo que se les anima para deshacerse de los cimientos inhabilitantes que les han otorgado sin otra posibilidad durante décadas para construirse como personas en sociedad. Al mismo tiempo, que se le muestran al paciente contextos sociales de calidad donde, con confianza y nuevos recursos, poder hacerse de elementos para su nueva identidad e historia.

2.5 DISEÑOS Y PROBLEMAS METODOLÓGICOS

Hemos visto algunas investigaciones en este capítulo que usan los informes subjetivos de los pacientes, sus narrativas, como objeto de investigación. Cualquier investigación que pretenda estudiar la experiencia subjetiva por medio de las narrativas conlleva una serie de problemas metodológicos, de los cuales, al menos, es necesario ser conscientes. Cuando la población la componen enfermos mentales graves, estos problemas se multiplican. Moya (1990) enumera algunos problemas que surgen al estudiar el discurso de enfermos esquizofrénicos. Uno de ellos es el criterio de enfermedad que se adopta a partir del cual se seleccionan los pacientes. En numerosas ocasiones los pacientes pueden presentar diagnósticos confusos o incluso contradictorios. Sobre todo, aquellos que se encuentran en los primeros años de enfermedad. Este problema se resuelve por medio de entrevistas diagnósticas. Aunque en muchas ocasiones no hay ni tiempo ni recursos para ello, en nuestro caso hemos requerido un diagnóstico principal de esquizofrenia (sin tener en cuenta el subtipo, a pesar de ello, el 98% es paranoide) y hemos considerado un criterio de exclusión el padecer alguna deficiencia mental o déficit orgánico. Otro problema que debe ser resuelto es el procedimiento de elicitación de la narración. Como bien dice Lucius-Hoene y Depperman (2002), la narración que aparece en el contexto de una entrevista autobiográfica, en la que se pretende que el sujeto ofrezca una visión global de su vida, dista mucho de las narrativas que aparecen habitualmente en contextos naturales. Éstas

raramente abarcan grandes periodos de tiempo. Esta dificultad para obtener narraciones vitales de forma natural nos obliga a inducir su aparición. Una posibilidad es una entrevista abierta o semiestructurada. Otra posibilidad es usar pruebas estandarizadas o tareas de interpretación. Es necesario tener en cuenta las dificultades especiales de los enfermos que padecen trastornos mentales graves para autorregular su discurso (problemas de atención, memoria, etc.) por lo cual el investigador tendrá que intervenir más frecuentemente que ante otro tipo de personas. Por otra parte, es conveniente que el investigador conozca a la población, o, por lo menos, que durante algún tiempo antes se haya familiarizado con ésta. Las dificultades de articulación debido a la medicación, entre otras causas, así como la presencia de episodios delusivos o alucinatorios, dificulta la comunicación con estos pacientes.

Algunos autores aconsejan analizar las conversaciones de pacientes o escritos de éstos, ya que así se supera el contexto de especialista-paciente que prevalece en la investigación. Es cierto que este sesgo se puede producir, más aun cuando la mayoría de las entrevistas se realizan en ámbitos clínicos. Lysaker, Carcione et al., (2005) y Lysaker, Lankaster y Lysaker (2003) expresan la necesidad de ampliar los escenarios de investigación más allá de los clínicos. Otros autores defienden el trabajo en el contexto lingüístico natural de los pacientes en vez de técnicas de estímulos-respuestas, ya que de este modo se pueden analizar las habilidades pragmáticas de éstos (Meilijson, Kashner, Elizur, 2004). Moya (1990) aporta las siguientes razones para optar por la entrevista libre: los pacientes esquizofrénicos no suelen escribir, hablan muy poco entre sí y cuando lo hacen, emiten discursos muy estereotipados y breves; la participación del investigador posibilita tipos de discursos que serían muy difíciles de encontrar de forma natural. Es posible que la visión de Moya del discurso esquizofrénico sea muy negativa, pero sí tiene razón en advertir las dificultades añadidas que existen en esta población. En nuestra investigación el escenario de investigación, se encuentra totalmente alejado de un contexto clínico. Ello nos ayuda a poder evitar en la entrevista los efectos restrictivos de la asimetría existente de una entrevista clínica. Nosotros solicitamos a los pacientes que nos explicaran brevemente sus vidas. Una entrevista de más de 35 o 40 minutos seguidos generalmente no es posible con estos pacientes. Resulta positivo que sea la misma persona que entrevista aquella que transcriba, puesto que esta tarea le resultará más fácil. Más tarde explicaremos con detalle la estructura de nuestra entrevista.

Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer, y Wright (2002) proponen una entrevista semiestructurada llamada IPII: Indiana Psychiatric Illness Interview. Lysaker utiliza habitualmente esta entrevista en sus investigaciones. En ésta se evalúa la narrativa de la enfermedad del paciente. La entrevista se divide conceptualmente en cuatro secciones. En la primera parte se establece el “rapport” con el paciente, preguntando por la vida de éste de forma abierta. Posteriormente, en la segunda sección, se le pregunta al paciente si piensa que padece una enfermedad mental y cómo entiende esto. Se insiste al paciente en que cuente más sobre su experiencia de enfermedad incluyendo cómo ha afectado a su vida social y psicológica. Aquí el paciente puede emplear evaluación positiva o negativa. En la tercera sección es preguntado por su percepción de control de su vida. En la cuarta sección, el paciente es preguntado por sus expectativas sobre la posibilidad de que existan algunos cambios positivos en términos de funcionamiento interpersonal o psicológico, o, en caso contrario, por los aspectos que piensa que no cambiarán o que empeorarán. El tono de la entrevista es el de una conversación y no el de un interrogatorio. El entrevistador puede pedir alguna clarificación usando un lenguaje consistente con el que usa el paciente. Estos autores no consideran un objetivo del entrevistador la verificación o refutación de los hechos que describe el paciente, sino disponer de la suficiente información para comprender la narración del sujeto. Los autores informan de que la gran mayoría de las entrevistas duraran entre 30 y 60 minutos y que éstas deben ser grabadas y posteriormente transcritas. El resultado de la entrevista es una narración sobre sí mismo y la enfermedad que puede ser analizada cualitativamente. Quizás el más importante es el enfoque de la entrevista. Lysaker y colaboradores diseñan la IPII con el objetivo fundamental de profundizar en la “conciencia de enfermedad” desde una perspectiva narrativa. No es extraño que las experiencias relacionadas con la enfermedad sean centrales en la entrevista. Para nosotros, la enfermedad no es más que una de las temáticas posibles.

Continuamos con Lysaker porque, sin lugar a duda, es el autor que más ha aportado a la investigación de corte narrativo en la rehabilitación psicosocial del enfermo mental. A pesar del interés explícito de este autor por la narrativas de los pacientes, su posición metodológica es muy ecléctica, no abandona la pretensión de cuantificar o tipificar posibles instrumentos de análisis narrativo para poder correlacionarlo con instrumentos muy usados por él y sus colaboradores a lo largo de

todas las investigaciones como el PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Illness), MAS (The metacognition Assessment Scale) o el WSCT (Winsconsin Card Sorting Test), entre otros. Los diseños de estos investigadores son, en su gran mayoría, longitudinales. De este modo, se comparan distintos momentos en el transcurso de una intervención terapéutica o rehabilitadora. Algunos instrumentos de evaluación de análisis narrativo diseñados por su grupo de investigación son el NCRS (Narrative Coherent Rating Scales) (Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg y cols., 2002) y STAND (Scale to Assess Narrative Development) (Lysaker, Wickett, Wilke y cols., 2003). Describamos de forma breve ambos.

El NCRS consiste en una escala creada para evaluar la coherencia narrativa dentro de transcripciones generadas por IPII. Esta escala debe ser completada por evaluadores entrenados. El NCRS se compone de subescalas que evalúan el grado de conexiones temporales, detalles y plausibilidad existente en la narración tanto referida al presente como a momentos pasados. La primera subescala mide la estructuración de la narración debida al orden temporal de los sucesos; la segunda, la riqueza de episodios, sucesos o acontecimientos; y por último, la plausibilidad evalúa el grado de credibilidad de la narración (Lysaker, Lancaster y Lysakerl, 2003). En este sentido, uno de los aspectos que analizaremos en nuestras entrevistas será, precisamente, la coherencia de las narraciones de los pacientes y el número de referencias temporales explícitas que nos indicará el grado de estructuración temporal de las narraciones. Trataremos nuestros criterios de análisis cuando nos adentremos en los estudios empíricos.

El STAND, que fue construido a partir de una amplia revisión bibliográfica y de la amplia experiencia clínica de los autores, fue diseñado para evaluar por jueces expertos la riqueza de las narrativas de los pacientes tras un proceso psicoterapéutico. Este instrumento está compuesto por cuatro subescalas: valor social, alienación social, agencia personal y concepción de la enfermedad. Estas subescalas pueden ser consideradas independientes o sumadas para lograr una puntuación global. Cada subescala se compone de una escala Lickert de cinco puntos. La valoración social evalúa el grado en el que la experiencia de uno mismo es valorada socialmente por otros. Esta subescala hace referencia a aspectos de competencia social (ser buen padre, un trabajador eficaz...) y no a áreas emocionales (mi madre me mimó, mi novia me quiere). La alienación social se refiere al grado en el que el sujeto se siente querido y

unido a otros en la comunidad. La agencia personal evalúa el grado de control del sujeto de su vida y la capacidad para influir en el mundo. Y, por último, el concepto de enfermedad determina la capacidad del sujeto para articular y contar coherentemente aspectos de su enfermedad o trastorno psicológico. Tanto el NCRS como el STAND muestran, según los autores, índices de fiabilidad aceptables. Sin embargo, nos ahorramos describir las propiedades psicométricas de estos instrumentos, ya que nuestro enfoque diverge de los planteamientos de estos autores.

En otras investigaciones Lysaker, Lancaster y Lysaker (2003) estudian los cambios en la narrativa de un paciente en tres momentos distintos de su proceso terapéutico. Las transcripciones son obtenidas de las sesiones clínicas. La primera área de análisis consiste en determinar los “caracteres” (personajes) que pueblan las narraciones del sujeto. Estos “caracteres” se identifican de forma que se pueda determinar si el paciente interactúa con ellos pasivamente (Ví a *Pedro* en el televisor) o activamente (le dije a *Antonio* que no). Lysaker precisa que puede ser muy interesante clasificar los tipos de personajes o caracteres que aparecen en las narraciones para obtener un mapa de la red interactiva del sujeto. Para ello, sintetiza una serie bastante extensa de personajes en las siguientes categorías: personas que son actualmente conocidas, grupos abstractos, objetos inanimados y alucinaciones. Esta clasificación recuerda a la obtenida por Caughey (1984) tras analizar las relaciones personales imaginarias.

Para finalizar me gustaría reseñar otro conjunto de datos importantes que provienen del análisis de los procesos terapéuticos de pacientes del API (Finnish Integrated Approach to the treatment of Acute Psicosis Project) (Holma y Aaltone, 1997). Durante el tratamiento integrado de 45 pacientes hospitalizados fueron recogidas las sesiones y transcritas con el objetivo de detectar cambios conductuales en la familia del paciente y en el discurso de éste. El procedimiento de análisis fue totalmente cualitativo y se focalizó en tres áreas de análisis: identidad narrativa, sensación de agencia y experiencia pre-narrativa. Algunos resultados de esta investigación han sido presentados en el apartado anterior.

En el capítulo de introducción al método tendré oportunidad de exponer extensamente cuál es mi propuesta metodológica y a qué premisas teóricas acudo para diseñar mi investigación.

2.6 CONCLUSIONES

Las investigaciones que hemos descrito en el presente capítulo, las cuáles se han acercado a las experiencias subjetivas de las personas con TMG, nos han aportado nuevas perspectivas en temas esenciales: conciencia de enfermedad, motivación, riesgo de suicidio, etc. Perspectivas que hubieran sido imposible lograr exclusivamente mediante instrumentos diagnósticos de corte psicométrico. Sostengo que el análisis de las narrativas vitales puede ser un instrumento valioso en el ámbito de la rehabilitación psicosocial.

Es evidente que la rehabilitación psicosocial y las perspectivas psicológicas expuestas anteriormente comparten focos de atención: sitúan el principal escenario en un espacio en el cual lo psicológico y lo social se entrelazan. La rehabilitación psicosocial es un área de intervención que se encuentra situada entre lo psicológico (lo privado, lo interno, lo personal, como queramos llamarlo) y lo social. Pretende dotar de recursos al paciente para aumentar sus competencias en las actividades sociales y, en último extremo, lograr la integración del enfermo en todas las dimensiones de la sociedad. Sin embargo, las herramientas conceptuales de las que se disponen no terminan de construir los puentes necesarios entre lo psicológico y lo social. Dicho de otra forma, mediante los instrumentos teóricos disponibles en la rehabilitación psicosocial no es posible comprender, y actuar en consecuencia, cómo los diálogos intrapsicológicos y los diálogos interpsicológicos están fuertemente entretnejidos. En mi opinión, los desarrollos conceptuales de la psicología narrativa y sociocultural nos permiten entender con mayor claridad las experiencias de los pacientes esquizofrénicos en sus esfuerzos por recuperar roles y habilidades sociales perdidas. Y no sólo eso, sino que nos pueden aportar ideas para diseñar nuevos enfoques en la evaluación y de intervención que refuercen los resultados obtenidos hasta ahora. La sociedad se encuentra formada por distintos escenarios socioculturales. Cada uno de ellos permanece en el tiempo gracias a un conjunto de significados, creencias compartidas que definen las actividades y las expectativas de los sujetos que participan en estos escenarios. La meta final, la integración social, es imposible de conseguir si no se comparten estos significados y creencias. Un sujeto no será reconocido como miembro de un determinado escenario sociocultural (o comunidad de acción) si no son identificables en él estos significados y creencias. De la misma forma que Saussure

construye el lenguaje extrayéndolo de sus conexiones prácticas y sociales mediante el microanálisis de fonemas, palabras y estructuras sintácticas, el análisis conductual del comportamiento, especialmente en los diseños de intervención rehabilitadores, extrae las conductas entrenadas a los pacientes del significado cultural que estas soportan tanto para el paciente, como para los componentes de la comunidad. De este modo, se ignora la naturaleza semiótica (signo) de las nuevas relaciones sociales y las nuevas actividades emprendidas por el paciente; así como la interacción de estos nuevos signos con los ya establecidos en el sujeto. Podríamos decir que los modelos teóricos con los cuales habitualmente se intentan comprender los procesos de rehabilitación psicosocial, a saber, modelos cognitivo-conductuales, permiten intervenir y comprender sólo la mitad del proceso. Explican y son eficaces para proveer a los pacientes de una serie de conductas necesarias para conseguir una serie de reforzadores materiales y sociales. Sin embargo, son incapaces de hacernos comprender cómo estas nuevas experiencias y roles entrenados pueden reorientar el conjunto de significados “sociopersonales” (es imposible escindir en un signo lo personal de lo social) que conforman la identidad del paciente. El análisis del repertorio y organización de los posicionamientos en las narrativas de los pacientes nos pueden ayudar a comprender en qué grado las habilidades entrenadas en éstos y los nuevos escenarios de actividad han sido integrados en la identidad narrativa del paciente. A ese respecto, la última etapa del modelo terapéutico propuesto por Hermans (2004) es “el anclaje”. Es decir, el enraizamiento de los nuevos posicionamientos establecidos en el proceso terapéutico dentro del repertorio ya establecido de posicionamientos. Ello se logra mediante el diálogo, el contacto de los nuevos posicionamientos con los ya existentes. De este modo, se logra una reorganización de la identidad del sujeto. Hermans nos advierte del peligro de que las nuevas actividades relacionales del paciente no se incorporen como parte estables del yo; de ese modo, el paciente volvería a caer en modelos anteriores de comportamiento. La narración vital es el instrumento fundamental del cual disponemos para dotarnos de una identidad social. Hemos considerado a las narraciones vitales como una acción cuya meta principal (no excluye a otras posibles) es la aceptación social como miembro activo. Una narración de vida se construye gracias a operaciones mediante los recursos semióticos que hemos aprehendido de nuestras relaciones interpersonales. En las narraciones vitales se evidencia la calidad y el uso de estos recursos; en éstas se puede dilucidar si la identidad del sujeto es compatible con los significados y creencias que

apuntalan una sociedad; podremos evaluar en última instancia las repercusiones de las habilidades entrenadas a los pacientes y de sus nuevas interacciones sociales. Desde estos presupuestos, la completa rehabilitación se produce cuando hemos conseguido que el sujeto se convierta en el autor de su propia narración, y no sólo en un simple actor, y que como autor comprenda que puede modificar ésta. Por todo ello, considero que el análisis narrativo es un ámbito de investigación de las experiencias subjetivas pertinente en la rehabilitación de la persona que sufre esquizofrenia. Además, programas de entrenamiento narrativo, aprovechando las aportaciones técnicas de los autores que hemos citado y aplicados en contextos ecológicos, podrían ser de gran ayuda para estos pacientes.

Las dificultades del modelo ortodoxo de rehabilitación para dar cuenta en una dimensión sociocultural del proceso de “integración” explicarían algunos problemas que han sido detectados en los programas de rehabilitación psicosocial clásicos. En resumen, podríamos decir que mientras las áreas entrenadas específicamente mejoran de forma evidente y significativa respecto a los grupos control, áreas relacionadas teóricamente con las habilidades sociales entrenadas (por ejemplo, funcionamiento social o calidad de vida) no se ven afectadas positivamente con total claridad cuando se comparan con los grupos control. Estas consideraciones sugieren que la generalización y la permanencia en el tiempo de los resultados obtenidos no son aseguradas por estos tratamientos (Huxley, Rendall, Sederer, 2000; *Schizophrenia and Public Health*, 1998; Wallace y cols., 1992; Wallace y cols., 1980). Todos aquellos que hemos trabajado con personas que padecen esquizofrenia hemos podido comprobar las intensas dificultades de los pacientes para mostrarse como sujetos activos, como agentes sociales dentro de la comunidad en la que viven. Incluso en el caso de que aprendan pautas de conducta para actuar en contextos muy concretos, ejecutan las conductas de forma mecánica, con dificultades para considerar a las personas con las que interactúan como agentes activos, y por lo tanto, con dificultades de generalización de esas conductas y el peligro continuo de extinción de las mismas. En mi opinión, es evidente que los entrenamientos en habilidades sociales (EHS) y otros tratamientos nacidos bajo las premisas teóricas de la rehabilitación psicosocial han sido y son totalmente beneficiosos para los pacientes. Sin la revolución que han supuesto estos tipos de tratamiento psicosociales, hubiera sido imposible el cambio estructural de las políticas en salud mental realizado en las últimas décadas. Sin embargo, cuando se estudian diferentes diseños de EHS y su eficacia,

podemos observar en primer lugar, que el diseño del tratamiento es un factor determinante en la eficacia de éste y que es necesario definirlo minuciosamente; y en segundo lugar, que existen algunos objetivos que son difíciles de lograr por los EHS, especialmente cuando se evalúan aspectos generales que no han sido específicamente entrenados. Me refiero al funcionamiento social y a la calidad de vida.

Probablemente, debido a las insuficiencias del modelo clásico de rehabilitación psicosocial descritas en este capítulo, ha surgido un nuevo modelo con mucha fuerza en los últimos años. Un modelo de acercamiento a la experiencia de la persona con TMG más global y que se centra en las experiencias subjetivas de la persona que lucha contra y con la enfermedad mental. Me refiero al modelo que ha sido denominado “Recuperación” o “Recovery”.

CAPÍTULO 3

RECUPERACIÓN: ¿CÓMO ENCONTRAR UN LUGAR EN EL MUNDO?

3.1 DIFERENCIAS ENTRE REHABILITACIÓN, INTEGRACIÓN Y RECUPERACIÓN

Hemos visto anteriormente la complejidad del concepto de “Rehabilitación” y las dimensiones desde las cuales podemos acercarnos al mismo. Además del concepto de rehabilitación, que ha funcionado como piedra angular de nuestro modelo de gestión de salud mental, existen otros conceptos que se vienen utilizando de forma paralela. Por ejemplo, el concepto de “Integración” y el de “Recuperación”. Estos conceptos son compatibles, comparten gran parte del mismo campo semántico y, en ocasiones, se han utilizado de forma indistinta. Sin embargo, en mi opinión es importante señalar los matices distintivos existentes entre ellos para, de este modo, reconocer las diversas aproximaciones teóricas y prácticas al modelo de salud mental comunitario que defendemos. Y esto es así porque estos conceptos indican modelos diferentes o perspectivas, a través de los cuales acercarse a nuestro sistema salud e investigar en el ámbito de salud mental comunitaria.

El modelo manicomial aislaba a gran parte de las personas que padecían TMG concentrándolos en instituciones apartadas del resto del sistema sanitario. La inclusión del sistema de salud mental en el sistema sanitario normalizado mediante el modelo de atención comunitaria ha logrado acercar a las personas que padecen TMG al resto de la población. Este fue el primer éxito y la primera aceptación del término “integración”. También podemos ser más ambiciosos y referirnos al objetivo final de todo proceso de rehabilitación: la integración social completa del paciente. Es decir, no basta con la normalización de la asistencia a personas que padecen TMG mediante su integración en los servicios sanitarios y sociales normalizados, sino que tenemos que lograr hacer participes a las personas que padecen un TMG de todos los intercambios sociales que se dan en la comunidad. Sin lugar a dudas, aunque no exclusivamente, los recursos y

dispositivos sociales especializados para personas con problemas de salud mental son aquí los grandes protagonistas. El resultado ideal de la integración consistiría en lograr la disolución de los rasgos que identifican a las personas como pacientes con problemas mentales en las actividades sociales que no estén relacionadas con los contextos sanitarios. Es decir, lograr la total integración en la comunidad. Así, el gran enemigo de la integración es el estigma social. Aquellos prejuicios o ideas preconcebidas que se constituyen en actitudes en la población general provocando tendencias de conductas que marginan a las personas con problemas de salud mental, impidiendo o reduciendo el disfrute de sus derechos sociales. Las perspectivas teóricas que han centrado su esfuerzo investigador en los problemas de integración y en los procesos estigmatizadores se encuentran muy cercanas a la sociología y a la antropología, aunque sin excluir otras disciplinas. Desde el ámbito político, la preocupación por la integración social de los pacientes ha sido impulsada de forma determinante por las asociaciones de familiares. Por ejemplo, en Andalucía, FAISEM fue creada gracias a la presión de las asociaciones de familiares. La integración social del enfermo mental se fundamenta en la consideración de éstos como ciudadanos de pleno derecho, por lo tanto, la dimensión ética y política de esta perspectiva es muy relevante.

El concepto de “Recuperación”, sin excluir las características de las anteriores perspectivas, presenta una historia y algunas consecuencias muy especiales. Para empezar, la creación del concepto de “Recuperación” como punto de partida del abordaje sociosanitario de las personas que padecen trastornos mentales graves (TMG) no corresponde a los profesionales de salud mental, ni tan siquiera a los políticos o a las asociaciones de familiares, aunque no podemos excluir a estas últimas de los movimientos que han hecho posible la consolidación del concepto de “Recuperación”. El punto de partida para la aplicación del concepto de “Recuperación” a los TMG es relativamente reciente, en las décadas de los 80-90, y se encuentra en las narrativas, autobiografías, informes, en definitiva, en las experiencias subjetivas de personas con TMG, las cuales nos cuentan sus procesos de recuperación. Estas narraciones demuestran que, a pesar de la imagen ominosa de los TMG, es posible disfrutar de una vida llena de sentido y conectada socialmente. Por lo tanto, son los movimientos de “clientes de los servicios de salud mental”, “los supervivientes del sistema”, las iniciativas de “grupos de autoayuda” y las “iniciativas reivindicadoras de los derechos sociales” las que han acercado el concepto de “Recuperación” a nuestro sistema de salud mental (Jacobson y

Curtis, 2000). La posición de estos grupos es muy crítica con el sistema de atención psiquiátrica, hasta el punto de que se autodefinen como supervivientes del sistema y se consideran traumatizados por el modelo biomédico. En la red se pueden encontrar páginas Web de estos grupos. Por ejemplo:

- <http://www.hearing-voices.org/information.htm>
- <http://www.mindfreedom.org/join-donate>
- <http://www.peoplewho.net>

Por lo tanto, una característica básica de la inclusión del concepto de “Recuperación” en los sistemas de salud mental es la reivindicación de la esperanza. Supone enfrentarse a lo que puede considerarse una segunda estigmatización desde el modelo biomédico, en el cual la idea de la recuperación de pacientes con TMG es casi herética (Ridgway, 2001), hasta el punto de que si se constata ésta, se duda o se niega el diagnóstico anterior de esquizofrenia. Esta estrategia a posteriori de defensa de los postulados clásicos de la psiquiatría ha sido utilizada para explicar de forma poco rigurosa las diferencias en el curso de la enfermedad entre países desarrollados y en desarrollo (Luhrman, 2007). Esta visión radicalmente negativa del curso, por ejemplo, de la esquizofrenia, contrasta con las numerosas investigaciones que constatan un porcentaje importante de pacientes recuperados (Ridgway, 2001). Por ejemplo, un estudio de Shepherd y cols. (1989) muestra los siguientes datos. A partir del seguimiento de cinco años de una muestra formada por pacientes del Reino Unido internados debido a su primer episodio psicótico obtiene que un 22% presenta una remisión total de los síntomas, 35% sufren varios episodios más con una afectación mínima entre crisis, un 8% con episodios con deterioros más graves y un 35% con varios episodios con un deterioro importante de sus facultades cognitivas y funciones sociales.

Acercarse a la salud mental desde la perspectiva de la recuperación supone privilegiar el concepto de “healing” (sanar) frente al de “cure” (curar) (Jacobson y Greenley, 2001). El término de “healing” recoge el sentido de recuperación mejor que el de “cure”. La recuperación no requiere necesariamente de la vuelta al estado de salud y funcionamiento anterior a la enfermedad. El proceso de recuperación implica la construcción de la identidad integrando la enfermedad de tal forma que permita que otros componentes de aquélla no sólo se desarrollen, es decir, que los roles relacionados

con la enfermedad no dominen la identidad de la persona, sino que, si es posible, la misma experiencia de la enfermedad adquiriera algún sentido y pueda conectarse con otros componentes identitarios. Por ejemplo, un aficionado a la poesía puede utilizar sus experiencias de enfermedad para dar un nuevo giro a su obra de forma que su identidad como creador y enfermo se comuniquen y se alimenten una a la otra. La percepción del propio control, como veremos posteriormente, es otro componente esencial de la recuperación. Y esto es así en dos sentidos: como estrategias y recursos para manejar los síntomas y el estrés, y también como locus de control. Es decir, el grado en el que, en mayor o menor medida, los pacientes se percatan de que su situación depende de sí mismos. El control está conectado con el concepto de “empowerment”. Es decir, con la toma del poder, la adquisición de habilidad para actuar como un agente independiente y autónomo, la adopción de responsabilidades y la capacidad para aceptar riesgos y hablar con voz propia por parte de las personas que padecen TMG (Jacobson y Greenley, 2001). En este sentido, el término de “paciente” no es utilizado por los trabajos de investigación ni en los documentos políticos que parten desde una perspectiva recuperadora. Es el concepto “consumer”, es decir consumidor de recursos sociosanitarios, el elegido para identificar a las personas que padecen TMG dentro del sistema de salud mental. Yo me referiré a ellos mediante la frase “personas que padecen TMG”. Aunque a veces en determinados lugares se me escape la palabra “enfermo” o “paciente”. El concepto de “consumer” está relacionado con la importancia del mundo del consumo y con la mayor aceptación social y estatus de la figura del consumidor o del cliente en nuestra sociedad. Una perspectiva desde la recuperación hace énfasis en distintos factores externos. Al igual que las anteriores perspectivas, la rehabilitadora y la integradora, y como eje de todo el modelo de atención comunitaria como filosofía y estrategia, los factores sociales y externos al sujeto son esenciales. Ya hemos hecho hincapié en este aspecto anteriormente. Sin embargo, el modelo recuperador hace énfasis en la organización sociosanitaria y en las prácticas profesionales especialmente, algo que las otras perspectivas no hacen con el mismo énfasis. En este sentido, Jacobson y Greenley (2001) señalan como factores externos de la recuperación una cultura positiva de “healing”, unos servicios orientados a la recuperación y la aceptación de los derechos humanos como guía de las decisiones políticas, las cuales deben promover la distribución del poder y los recursos de forma equitativa.

Las investigaciones relacionadas con el concepto de “Recuperación” utilizan una metodología esencialmente cualitativa por medio de entrevistas narrativas o informes escritos, como diarios, informes, cartas, etc. El objetivo es privilegiar las experiencias subjetivas de éstos y permitir conocer los recursos que se utilizan para superar los problemas relativos a la enfermedad y el estigma. Aparte de las contribuciones señaladas en capítulos anteriores desde la psicología, el uso y las propiedades de las narrativas han sido objeto de estudio desde distintas disciplinas en las últimas décadas. Por ejemplo, desde la sociología, Schutze (1983) desarrolló la técnica de la entrevista autobiográfica y una teoría sobre la narración autobiográfica; desde una perspectiva antropológica OCH y Capp (1996) entienden el “self” como una construcción narrativa en un entorno cultural específico; y por último, desde una perspectiva terapéutica, numerosos autores han señalado las narrativas como un instrumento esencial (Gonçalves, 2002; Guidano, 2001). La etnomedicina es una de las disciplinas científicas que puede señalarse como precursora de los métodos utilizados en las investigaciones relacionadas con la recuperación (Kleinman, 1988).

Reseñemos brevemente algunos de los trabajos a los cuales nos referiremos de forma más detallada posteriormente. Jenkins y Carpentenr-Song (2006) estudiaron con métodos etnográficos a 90 pacientes ambulatorios de esquizofrenia, que tomaban fármacos de segunda generación, observando sus contextos de actividad en clínicas, espacios públicos, restaurantes u hogares. Ridgway (2001) examinó los informes autobiográficos de mujeres pacientes de TMG publicados, apoyándose metodológicamente en la “grounded Theory”¹. De las 25 narrativas vitales halladas se seleccionaron 4 para analizarlas en profundidad. Lührman (2007) realiza una descripción etnográfica de los clientes de albergues, en su mayoría enfermos mentales, en Uptown, norte de Chicago; en este trabajo se pueden encontrar importantes referencias sobre trabajos de corte etnográfico. Dorvil, Morin, Beaulieu y Robert (2007) analizan, mediante entrevistas, el control percibido de 21 residentes en dos modelos distintos de alojamientos protegidos: “residencial accommodation” (“custodial housing” y “supportive housing”) y “apartment- type resources”. Este estudio es especialmente

¹ La “teoría fundamentada” fue desarrollada por Barney G. Glaser y Anselm L. Strauss en los años sesenta. Esta propuesta de análisis supone un acercamiento a la investigación cualitativa a partir de los datos observados mediante el análisis, la comparación y formulaciones de hipótesis constantes, hasta llegar a una “saturación teórica” de las categorías surgidas del análisis (Clarke, 2005).

interesante para mi trabajo, ya que se adentra directamente en la influencia de los distintos modelos residenciales en la calidad de vida de los pacientes.

En la misma línea de este trabajo, Pejler, Asplund y Norberg (1995), utilizando un marco hermenéutico, entrevistaron a 10 pacientes, 17 enfermeras y 8 familiares en tres momentos. El objetivo de la investigación fue analizar los cambios en la calidad de los cuidados en el paso de un contexto hospitalario a otro de residencia protegida. Para terminar con este escueto resumen, indico dos artículos de carácter teórico que recogen gran parte de las investigaciones de corte narrativo en el ámbito de los TMG. Los títulos de los artículos pueden considerarse en sí mismo como tesis: *Self and narrative in schizophrenia: Time to autor a new store* (Roe y Davidson, 2005) y *The social nature of recovery: Discusión and implications for practice* (Mezzina, Davidson, Borg Marin, Tapor y Sells, 2006).

En los últimos años, debido a la fuerza que el uso de las narrativas de los pacientes está tomando en el ámbito sanitario y social, ha crecido la intensidad del debate en relación con la siguiente pregunta: ¿Es compatible la perspectiva de la recuperación en salud mental con la “práctica basada en la evidencia”, que es el método privilegiado por la ciencia biomédica y por medio del cual se legitima su inclusión en la salud pública? Desde la perspectiva de los gestores existe bastante acuerdo en que la atención comunitaria en salud mental es una tecnología y que aunque “la práctica médica basada en la evidencia” haya que tomarla con actitud crítica, especialmente en salud mental, ésta debe guiar todas nuestras actuaciones (López y Laviana, 2006). El debate en este sentido es muy nutrido e interesante (Brown, Crawford y Carter, 2006). Algunos autores sostienen que la “medicina basada en la evidencia” utiliza indicadores como “recaídas” o “días de hospitalización”, “ratios de síntomas psiquiátricos”, que nunca podrán ser compatibles con los métodos y objetivos de una perspectiva desde la recuperación (Anthony, 2001). Otros investigadores (Frese, Stnaley, Kress y Vogerl-Scibita, 2001), sin embargo, intentan integrar las prácticas basadas en la evidencia con el modelo de recuperación. El debate está abierto, mientras algunos no muestran ningún interés en integrarse en las prácticas basadas en la evidencia, por considerarlas iatrogénicas, otros opinan que no sólo son compatibles, sino que es necesaria la integración.

En mi opinión, y sin la intención de cerrar el debate, las dos perspectivas serían compatibles si las situamos en dos planos distintos. En una dimensión de decisión

política, de gestión sanitaria pública, son imprescindibles investigaciones que se acerquen al grado máximo de excelencia, según “la medicina basada en la evidencia”, por ejemplo, meta-análisis de estudios experimentales con grupos control y doble ciego con una gran muestra y con análisis estadísticos fuertes. Sin embargo, al aterrizar en una dimensión más micro, la de las prácticas sociales y sanitarias del día a día, la dimensión de los complejos encuentros sociales que acontecen en escenarios socioculturales concretos, es necesario aprender de las investigaciones que se expondrán en este capítulo, cómo las personas comprenden y dan significados a las decisiones, planes y prácticas. Sólo a partir de estas investigaciones cualitativas es posible que los profesionales sanitarios y sociales adquieran los recursos, habilidades y competencias necesarias para sus prácticas diarias (Brown, Crawford y Carter, 2006). Sólo a partir del diálogo entre una y otra dimensión de análisis y de decisión, es posible lograr un sistema sanitario y social eficaz y humano.

En la siguiente tabla se ofrece un resumen de lo dicho hasta ahora respecto a los matices entre los conceptos de rehabilitación, integración y recuperación. Recuerdo que estos conceptos no son antitéticos y que lo que señalo son los aspectos que en mi opinión son más característicos de cada enfoque.

Tabla 3.1. Diferencias entre los modelos de “Rehabilitación”, “Integración” y “Recuperación”

	Rehabilitación	Integración	Recuperación
Disciplinas relacionadas	Aprendizaje social, psicología, psiquiatría social	Derechos ciudadanos, procesos estigmatizadores, Antropología, sociología	Psicología narrativa y cultural, antropología social y cultural
Enfoque	Social e individual	Social y político	Subjetivo, experiencias personales, sociocultural
Objetivo	Aprendizaje de conductas reforzantes socialmente	Ciudadanía, integración social	Construcción identidad coherente, logro del significado personal
Tipo de intervención	Programas de carácter conductual	Gestión sociosanitaria, programas de sensibilización e información, programas laborales y residenciales	Influencia del entorno, relaciones informales o asistemáticas, recursos para construir significados, denuncia.
Perspectiva	Molecular	Molar	Molar
Evaluación e investigación	Esencialmente cuantitativa: psicométrica y observacional	Mixta	Esencialmente cualitativa, experiencia subjetiva, narrativa
Protagonistas	Profesionales del área de la psiquiatría y psicología	Asociaciones de Familiares, grupos políticos	Familiares, pacientes, afectados en general, clientes, supervivientes

3.2 INVESTIGACIONES SOBRE EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE PERSONAS QUE PADECEN TMG: UN MODELO INTEGRADOR

He señalado anteriormente un aspecto que es esencial en la descripción de los conceptos de “Rehabilitación”, “Integración” y “Recuperación”: la consideración de los pacientes como dueños de su propia voz. Las investigaciones y los modelos teóricos que utilizan el concepto de “Recuperación” fomentan el diseño de investigaciones en las que los pacientes sean protagonistas y en las que las voces, la experiencia subjetiva de estos, sea reconocible. En este apartado repasaremos algunas de estas investigaciones, señaladas anteriormente, con el objetivo de proponer un modelo integrador que nos pueda ayudar a comprender los factores esenciales en los procesos de recuperación de las personas que padecen TMG.

3.2.1 Recuperación, Identidad y Control sobre la propia vida

Numerosos autores (Mezinna, Davidson, Borg, Marin, Topor y Sells, 2006; Roe, Davidson, 2005; Sells, Stayner, Davidson, 2004) han observado transformaciones esenciales en un plano personal en pacientes con TMG tras un proceso de recuperación exitoso. Uno de los aspectos más importantes es la recuperación de la sensación de control sobre la propia vida y la capacidad de tomar decisiones, en decir, la posibilidad de algún grado de autodeterminación por parte de las personas que sufren TMG. Jekins y Carpenter (2006) en un estudio sobre la experiencia subjetiva de 90 pacientes ambulatorios diagnosticados con esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos encuentran en aproximadamente la mitad de las narrativas de los pacientes que no sólo el efecto de la medicación es importante, sino que el trabajo personal de enfrentarse a la enfermedad es esencial en el proceso de recuperación. En relación con la apreciación de la eficacia de la medicación y con el control sobre la enfermedad percibido por los pacientes, aquellos pacientes que perciben “personal power and control”, declaran que aunque la medicación les ha ayudado, ellos han tenido que realizar un trabajo personal para lograr una mejora sustancial en su situación. Jekins y Carpenter (2006) consideran la tendencia cultural a elaborar narrativas que enfatizan el progreso mediante el esfuerzo personal, es decir la capacidad de agencia, como uno de los indicadores de superación en las narrativas analizadas. En relación con esta cuestión, la negociación del significado y el

simbolismo de la enfermedad con el objetivo de construir una identidad social adaptativa resultan esenciales en el proceso de integración social. Sobre este aspecto volveremos con detenimiento posteriormente.

El contexto de la vida cotidiana ha sido identificado por diversos investigadores como esencial para que los pacientes adquieran algún grado de control sobre sus vidas. Las investigaciones mediante entrevistas a los pacientes indican que las rutinas diarias y los hábitos relacionados con el hogar no sólo acercan a los pacientes a una vida normalizada, sino que ofrecen un espacio para que estos pacientes puedan tomar decisiones sencillas y básicas sobre la propia vida. Rutinas como levantarse, el aseo diario o las comidas pueden parecer insignificantes, pero estas actividades están formadas por pequeñas decisiones, como, por ejemplo, quedarse cinco minutos más en la cama, que proporcionan a las personas que padecen TMG las primeras experiencias de capacidad de agencia. Estas rutinas de la vida diaria ofrecen algunas características interesantes que pueden explicar esta propiedad. Las rutinas diarias presentan unos guiones estables y seguros, es decir, dejan poco margen a la incertidumbre. Otra característica es que en gran parte acontecen en un escenario interaccional. O lo que es lo mismo, participan otras personas en las actividades. Estas características ayudan a que el paciente pueda tomar pequeñas decisiones mediante una negociación con los otros participantes que modifiquen los guiones, sin que estas decisiones impliquen un alto nivel de estrés. Este escenario se convierte en un contexto de aprendizaje muy importante. La psicología evolutiva ha señalado estos escenarios como esenciales en las primeras etapas de socialización de los seres humanos. No es extraño que con personas que padecen TMG, las cuales padecen de déficits psicosociales tan importantes, las rutinas de la vida diaria vuelvan a convertirse en un marco de intervención privilegiado. Jenkins y Carpenter (2006) hallan en su investigación que las “little things” o “small and everyday pleasures” suponen un importante apoyo social para las personas que padecen TMG. Estos pequeños placeres ayudan a los pacientes a descentrar su identidad del rol de enfermo. Estos autores denominan “rituales diarios de recuperación” a estas actividades cotidianas de las cuales nos informan los pacientes. Un ejemplo de estos rituales diarios para los pacientes puede ser el “cafelito” por las mañanas junto con los vecinos en la cafetería de al lado de casa. Son estas experiencias diarias, que pueden parecer insignificantes, las que sostienen el proceso de recuperación de los pacientes

(Boydell, Gladstone y Volpe, 2003; Jekins y Carpenter, 2006; Ridgway, 2001; Roe y Davidson, 2005; Saavedra, 2009a).

Mezinna y cols., (2006) y Mancini (2007) afirman que muchos pacientes, entrevistados en sus investigaciones, expresan que el control sobre el tiempo y el espacio en su vida cotidiana (“here and now”) fueron los desencadenantes de la recuperación de su estabilidad emocional y funcionamiento. Así, la importancia de la búsqueda de espacios sociales que resulten seguros es esencial en los procesos de recuperación.

Mancini (2007) en un estudio con 15 personas con TMG que han recorrido procesos de recuperación exitosos investiga mediante entrevistas semiestructuradas el rol de la autoeficacia en los procesos de recuperación a partir de la teoría social-cognitiva. Los resultados señalan que la autoeficacia juega un rol esencial en los procesos de recuperación de las personas entrevistadas. Mancini (2007) halló tres áreas esenciales de intervención.

- a) Desarrollar la competencia a través de experiencias de control. De este modo, los pacientes se comprometen en actividades significativas, tales como laborales, educativas, voluntarias o en el hogar, que desarrollen la percepción de la competencia y la agencia. Es necesaria la búsqueda por parte del paciente de actividades que se ajusten a su situación. La selección de una actividad inapropiada provocará un resultado contraproducente.
- b) Los participantes en el estudio de Mancini identificaron el apoyo de los profesionales como vital en el proceso de recuperación. Los participantes definieron el apoyo profesional como afectuoso, respetuoso y constante en su apoyo. Los participantes declararon que los profesionales que los ayudaron creyeron en sus habilidades para recuperarse y les proveyeron de esperanza y fuerza. Mancini sitúa el apoyo profesional dentro de los recursos del incremento de la autoeficacia como un fenómeno de persuasión social.
- c) La tercera área en la que los participantes estuvieron de acuerdo en su importancia en la recuperación fue la autoayuda y el apoyo mutuo entre los pacientes. La autoayuda y el apoyo de otras personas con TMG proveen a muchos participantes de apoyo mutuo y modelos de recuperación. En este sentido, la creación de una comunidad de residentes en las casas hogares u

otros recursos residenciales de apoyo son contextos privilegiados para intervenir.

Sells, Stayner y Davidson (2004) sugieren que los enfermos esquizofrénicos con baja ratio de hospitalización muestran pautas comunes como la búsqueda de espacios públicos impersonales. Esta conducta busca una posición distante respecto a determinadas esferas sociales, al tiempo que favorece la participación en otras distintas. Estos autores denominan a estos estados como “positive withdrawal”. Esta estrategia tiene el propósito de negociar espacios personales a través de los cuales las personas que padecen esquizofrenia pueden aproximarse con un mínimo de seguridad al mundo social. Como hemos afirmado en el apartado 2.4.3, algunos autores (Boydell, Gladstone, Crawford y cols., 1999; Boydell, Gladstone, Volpe, 2003; Hermans, 1994) han sugerido que la ausencia de motivación generalizada de los pacientes con esquizofrenia podría ser debida a una estrategia de defensa del estigma y de unas relaciones sociales fuertemente humillantes. A partir de estas reflexiones, se reconoce como esencial el facilitar a los pacientes espacios en los cuales retirarse y “no hacer nada”, si así lo deciden, al mismo tiempo que puedan evitar el aislamiento. En este sentido, en los recursos residenciales para enfermos que padecen TMG es muy importante la creación de espacios privados como dormitorios individuales o de lugares en los que se les permita ausentarse “espiritualmente” sin la obligación de realizar ninguna actividad. Ello permitiría la posibilidad de que los pacientes no necesitasen en todos los casos salir a buscar espacios seguros fuera de sus hogares.

Para los enfermos crónicos o de larga duración, la enfermedad o las experiencias en el entorno sanitario pueden ser los únicos materiales con los cuales construir una identidad adaptativa y entendible en la comunidad. En muchas ocasiones, la identidad del sujeto se ve engullida por el “rol de enfermo” (Elizabeth, y Ryan., 2002; Lysaker, Wickett y cols., 2003, 2003a). De este modo el sujeto logra una identidad hasta cierto punto compartida en la comunidad, pero queda totalmente invalidado para presentarse como agente activo. En caso contrario, si la persona se niega a aceptar la etiqueta de enfermo mental, puede verse marginalizada en mayor grado y, paradójicamente, ver confirmado el diagnóstico o la etiqueta de enfermo mental grave. Ésta es una de las características más incapacitadoras para los pacientes de diagnóstico psiquiátrico en las psicosis: una negación o cualquier argumentación que cuestione el diagnóstico por parte

del sujeto identificado como enfermo puede ser considerada como prueba adicional del trastorno. Es indudable que una de las tareas esenciales a llevar a cabo por estas personas, las cuales no sólo han sido diagnosticadas con un TMG, sino que presentan una experiencia de vida que se reduce casi exclusivamente a un contexto sanitario o de ayuda social, es negociar su identidad como enfermos mentales (Roe y Davidson, 2005). Jacobson (2001) enumera cuatro dimensiones en el proceso de recuperación, en el cual, transformar la propia identidad después de aceptar la existencia de un problema son dos de las cuatro dimensiones: reconocer el problema, transformar la identidad, reconciliarse con el sistema y el contacto con otras personas. Jekins y Carpenter (2006) lo expresan de otra forma al indicar que un acercamiento a las experiencias de la enfermedad mental desde un “modelo negociador” (accommodation or learning approach), en contraste con un modelo que considere la etiqueta de enfermo mental como enemiga de la identidad, implica que la enfermedad y la identidad actual deben redefinirse en relación una a la otra.

El concepto que describe esta especie de “darse cuenta” (insight) de los problemas psiquiátricos que se padecen es “conciencia de enfermedad”. Algunos pacientes psiquiátricos, especialmente los esquizofrénicos, se han considerado como incapaces de dar cuenta de sus problemas y déficits psicológicos con coherencia y de forma plausible. Esto explica el círculo vicioso que anteriormente describíamos. Sin embargo, algunos autores han señalado, como hemos visto en el capítulo 2, que el concepto tradicional de “conciencia de enfermedad”, especialmente con pacientes psicóticos, se reduce a la siguiente proposición: si el paciente muestra su acuerdo con el discurso profesional presenta conciencia de enfermedad, en caso contrario, podría ser etiquetado, en distinto grado, como incapaz de reconocer sus problemas psicológicos. De hecho, la mayoría de los cuestionarios, entrevistas o inventarios evalúan la conciencia de enfermedad por medio de la determinación del grado de acuerdo entre los problemas psiquiátricos del paciente, diagnosticados por el equipo médico, y el informe del paciente sobre sus síntomas y consecuencias. Desde esta perspectiva, podríamos redefinir la conciencia de enfermedad como un proceso de asimilación o aceptación del discurso profesional. Además, para los enfermos crónicos o de larga duración las experiencias en el entorno sanitario pueden ser los únicos materiales con los cuales construir una identidad adaptativa y entendible en la comunidad. Vuelvo a señalar, junto con Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer y Wright (2002), que la

conciencia o inconsciencia de enfermedad no es simplemente una cognición aislada, sino también un elemento de una historia vital y una comprensión narrativa de la vida del paciente. Por ejemplo, Roe y Davidson (2005) afirman que la ausencia de preparación o educación provoca que la mayoría de las personas que comienzan a experimentar síntomas psicóticos sean incapaces de comprender y describir sus experiencias en términos acordes con lo que entendemos como “conciencia de enfermedad”. Veamos un posible ejemplo. Para una persona intensamente religiosa que haya vivido sana toda su vida en una comunidad relativamente cerrada de creyentes con una educación media baja y la cual nunca haya oído ni leído acerca de enfermedades mentales, el comenzar a oír voces implicaría la búsqueda automática de significados para esa experiencia. Probablemente, al ser diagnosticada de esquizofrenia diría:

- Eso qué es. Esquizofrenia, no. Sólo es Dios que me quiere decir algo.

Desde una perspectiva narrativa aquello que nos parece simples negaciones de la enfermedad o complejas delusiones, no son más que intentos activos de dar sentido a los síntomas psicóticos, de explicarlos a través de las experiencias de vida y conocimientos de los pacientes.

Las aportaciones anteriores reflejan que una adecuada conciencia de enfermedad no es más que el uso adecuado del discurso profesional de forma que al tiempo que se describen los problemas mediante conceptos y argumentos compartidos socialmente, no se incapacite a la persona como sujeto activo ni se anulen otras dimensiones de la identidad de ésta (Ridgway, 2001; Saavedra, 2008b). Esta tarea es muy compleja y requiere de importantes recursos cognitivos. Sells, Stayner y Davidson (2004) denominan como “tácticas lingüísticas” a aquellas estrategias discursivas utilizadas por los pacientes por las cuales transforman conceptos de carácter pasivo o peyorativo en atributos activos y positivos. Esta transformación del contenido semántico de los conceptos se puede lograr mediante la introducción de nuevos significados a conceptos preexistentes o mediante la reinterpretación de éstos. Estos autores nos ofrecen el ejemplo de un paciente que se autodenomina “simple” porque “Yo hago las cosas simples. Yo no armo un lío por cosas no importantes. Yo soy pacífico”. En el siguiente ejemplo se introduce un nuevo significado en el concepto de “perezoso”. Para un paciente ser perezoso es “no tomarse la vida demasiado seriamente, así se relaja uno mejor”. En este sentido, Mezinna y cols., (2006) afirman, a partir de numerosas investigaciones mediante entrevistas a pacientes, que las estrategias para negociar con el

estigma que genera la enfermedad van desde el mostrarse como enfermo mental enfatizando algunos componentes específicos del contenido semántico de este concepto como el de “problemas para aprender” o “malo de los nervios”, hasta la lucha por los propios derechos como enfermo y persona. La lucha y la reivindicación de los propios derechos no sólo es un medio de incrementar las oportunidades de acceso a recursos sociales, sino una forma de ir más allá de la simple identidad como enfermo mental. Jenkins y Carpenter (2006) en una investigación de la experiencia subjetiva de 90 pacientes ambulatorios, encuentran que una parte de éstos conceptuaban la recuperación como una vuelta a sus antiguos yo es o a la creación de un nuevo reintegrado yo. En cualquier caso, los pacientes que disfrutaban de un proceso de recuperación exitoso desarrollaban estrategias narrativas que oponían un nuevo yo recuperado al antiguo yo enfermo. Jenkins y Carpenter (2006) denominan este proceso como proceso de “normalización”, es decir, como un proceso que sitúa la enfermedad dentro de un concepto del yo integrado y que posibilita el contacto con el mundo exterior. Estos autores encuentran una estrategia usada por algunos pacientes que denominan “relativización”. En concreto, consiste en el ejercicio de compararse con otras personas que padecen alguna enfermedad, que se encuentran en peores condiciones o que padecen mayores disfunciones psicológicas y sociales. A través de esta estrategia, los pacientes pueden evaluar positivamente su situación mediante la comparación con otros. Sin embargo, de esta forma, también se llegan a crear nuevos grupos marginados. Algunos pacientes pueden negarse a realizar alguna actividad con personas “con las cuales no se puede hablar”, o a las cuales “se les cae la baba”, o con las cuales “yo no tengo nada que ver”. Como veremos más adelante es importante reorientar las evaluaciones positivas, a partir de comparaciones con otros pacientes, hacia la implicación activa y solidaria en la recuperación de los compañeros: “yo me encuentro mucho mejor que muchos de mis compañeros, por eso puedo ayudarles y tomar responsabilidades que en estos momentos ellos no pueden asumir”. Este trabajo de reorientación es fundamental, especialmente en los contextos en los que estos procesos de comparación son más habituales, por ejemplo, los recursos residenciales.

En relación con la influencia de los recursos residenciales, numerosas investigaciones desde una perspectiva cualitativa señalan que éstos logran mayor estabilidad psicopatológica y salud física en los pacientes (Dorvil, Morin, Beaulieu y Robert, 2005; Jones, Chesters, Flechter, 2003; Rössler, Salize, Cucchiario, Reinhard,

Kernig, 1999). Como indican Dorvil y cols. (2005), los recursos residenciales se ofrecen como espacios libres de juicios morales donde la experiencia de la enfermedad es aceptada. Son dos los factores que pueden explicar la influencia positiva de los recursos residenciales en el estado de salud de los pacientes. Por una parte, el control estricto y muy personalizado de la toma de la medicación y el acompañamiento de los profesionales a los pacientes en todo su recorrido terapéutico (por ejemplo, las consultas psiquiátricas). Por otro lado, la presencia continua de profesionales en un contexto no clínico funciona como constante apoyo emocional. Los pacientes pueden comentar y discutir en todo momento con otros pacientes y profesionales las características de los síntomas y las experiencias comunes de enfermedad. Por lo tanto, los profesionales ayudan a los pacientes a identificar sus síntomas, proveen de habilidades para controlar éstos y fomentan recursos cognitivos y emocionales para reducir la ansiedad. Además, otros pacientes que se encuentran en un mejor estado psicopatológico pueden funcionar como ayuda en las situaciones de descompensación de sus compañeros. En nuestras entrevistas hemos encontrado numerosos ejemplos que mostraremos en el capítulo del estudio empírico A. En cualquier caso, como sugiere Rigdway (2001), la recuperación no supone un ajuste pasivo a la experiencia de la enfermedad, sino que debe implicar un afrontamiento activo de las dificultades que derivan de los síntomas y del estigma asociado al diagnóstico. Los cuidadores formales pueden ayudar en los recursos residenciales a que los pacientes tomen cada vez mayor responsabilidad de su estado y se conviertan en promotores de su propia salud. Como es lógico, las características de los recursos residenciales afectan a los procesos de recuperación de los pacientes. Brevemente podemos decir que los recursos residenciales que implican un contacto más frecuente con cuidadores formales, como las Casas Hogares en contraste con los pisos asistidos, influyen más positivamente en el estado de salud de los pacientes (Dorvil y cols., 2005).

Es necesario comentar algunos aspectos en relación a la sensación de control de los pacientes acerca de la toma de medicación. Como bien indican Jenkins y Carpenter-Song (2006), se pueden encontrar dos pautas en la relación entre la persona, los medicamentos y la enfermedad. Para un grupo de pacientes, la toma de la medicación no sólo aumenta el control de la enfermedad, sino que es considerada como un acto de control en sí mismo sobre la enfermedad. Por lo tanto, para estos pacientes la interacción entre las dimensiones de su identidad “yo-persona”, “yo-enfermo”, “yo-

consumidor de medicación”, es una fuente de agencia. Podríamos decir que estos pacientes adquieren poder personal por medio de la toma de la medicación. Sin embargo, existe otro grupo de pacientes en los que la toma de medicación es interpretada como una negación de la posibilidad de agencia y coloca el locus de control fuera del paciente. Para estos pacientes la medicación convierte el poder personal en irrelevante. Esta última pauta interpretativa de la toma de la medicación está asociada con el discurso psiquiátrico y biomédico oficial que afirma que los pacientes pueden hacer poco más que tomar la medicación. Sin lugar a dudas, el discurso biomédico, en el cual se reduce la experiencia de la enfermedad a desequilibrios de los neurotransmisores, dificulta que los pacientes asuman conductas de responsabilidad y conductas activas frente a sus experiencias de enfermedad.

Como hemos visto en el apartado 1.4, la participación activa de los pacientes en el proceso de recuperación es uno de los retos esenciales y más difíciles de llevar a cabo. Algunos autores muy recientemente (Holma y Aaltonen, 1998a; Lysaker, Wickett y Lysaker, 2003), desde una perspectiva narrativa, han resaltado las importantes dificultades para percibirse como una persona con capacidad de agencia y han considerado este déficit como esencial para entender la experiencia de enfermedad e intervenir con la perspectiva rehabilitadora. Para Lysaker los enfermos no padecen un déficit cognitivo global que implique la imposibilidad completa de identificar sujetos, describir acciones o señalar emociones, en definitiva, de narrar sucesos coherentemente, sino que son capaces, sin problemas y de forma coherente, de identificar emociones en una película y transmitirlas a los miembros de su familia con los cuales mantiene importantes conflictos, pueden contar historias sobre personas conocidas, así como narrar acontecimientos históricos. Por lo tanto, son capaces de reconocer su subjetividad y la de otros. Sin embargo, las historias de eventos, y sobre otros protagonistas, son situadas en un mundo en que son incapaces de participar. Como narrador, el retrato de sí mismo que construyen está desposeído de la más mínima agencia. Los enfermos no pueden aportar razones coherentes de las fuerzas y poderes que dictaminan y definen sus vidas.

Como cúspide de la pirámide de la recuperación es necesario crear “Larger Life Frames” (Sells, Stayner y Davidson, 2004). La creación de estos marcos o narrativas supone re-elaborar la historia personal de los pacientes y dotarla de sensación de temporalidad, la construcción de campos de intersubjetividad y la elaboración de una

posición activa dentro del mundo (Roe y Davidson, 2005; Sells, Stayner y Davidson, 2004). Para Sells, Stayner y Davidson (2004) reelaborar la historia de vida implica volver a seleccionar los eventos del pasado en una relación positiva con el presente haciendo posible la integración del pasado con los problemas actuales y una proyección hacia el futuro. Los problemas traumáticos e inesperados de la enfermedad deben ser encauzados dentro de la historia vital por medio de términos favorables y conectados a un significado global del pasado y del presente. Como afirma Ridgway (2001), recuperación es desplazarse desde la alienación a un sentido de la vida lleno de significación y propósito. La construcción de campos de intersubjetividad, como los recursos residenciales que estudiamos, pueden ser entendidos como “nurturing psychological space” (Sells, Stayner y Davidson, 2004), en los cuales los pacientes pueden redefinir su identidad en una dirección positiva. En esta línea, otros autores nos indican que la introducción del concepto de rehabilitación como guía principal de los servicios de salud ha identificado la transformación de las narraciones de los pacientes como una dimensión significativa de actuación (Lysaker, Lancaster y Lysaker, 2003). Se hace énfasis en la necesidad de una narración vital de sí mismo entendible socialmente y una identidad coherente y orientada hacia el futuro. Se argumenta que la capacidad de activar un plan de futuro requiere que los temas de pasividad de las narraciones personales se transformen en temas de agencia; así como integrar los distintos momentos de la vida (momentos de debilidad, de fuerza y motivación) en una historia lo suficientemente amplia que los enmarque. Tomando contribuciones como las anteriores, otros autores han afirmado que los servicios sanitarios y sociales deben estar diseñados para poder facilitar las experiencias y el apoyo necesario para que los pacientes puedan transformar sus narrativas (Holma y Aaltone, 1997; Roe y Davidson, 2005).

3.2.2 Recuperación, Relaciones Personales y Comunidad

El concepto de “Recuperación” se extiende más allá de la reconstrucción y la negociación de la identidad a través de un trabajo personal. El concepto de “Recuperación” engloba los procesos de negociación de la nueva identidad de los pacientes dentro de los contextos culturales y las relaciones sociales. Todos los procesos terapéuticos se dan a través de contextos sociales. Por ello, no es extraño que los

contextos sociales se conviertan en la llave que permiten a las personas con TMG redefinirse a sí mismos más allá de la enfermedad (Jenkins y Carpenter-Song, 2006; Mezinna y cols., 2006; Ridgway, 2001). El proceso de recuperación engloba a muchas personas: familiares, amigos, profesionales, etc. Sin el concurso de estas personas no es posible ningún proceso de recuperación. Sólo a través de las relaciones personales y de los intercambios sociales en comunidad el paciente puede adquirir una percepción de sí mismo normalizada. O, lo que es lo mismo, sólo a través de la mirada de los otros podemos construir una identidad compartible. Desde hace tiempo está ampliamente demostrado que los pacientes esquizofrénicos presentan una red social muy reducida (generalmente limitada a la familia y a algún conocido) y densa (todos los sujetos de la red social del paciente se conocen y provienen del mismo ámbito de actividad) (Sorensen, 1994; Hamilton et al., 1989).

Es importante señalar dos escenarios de socialización. Uno de ellos artificial; nos referimos a los contextos creados con el objetivo específico de promover la recuperación de los pacientes. Por ejemplo, recursos residenciales, grupos de apoyos o programas de rehabilitación. Los contextos naturales son aquellos que son elegidos libremente por las personas para entablar contactos o aquellos de carácter familiar. Mejorar las redes sociales de los pacientes significa restaurar las relaciones familiares y fomentar las redes alternativas. Un objetivo necesario, íntimamente unido a los contextos sociales en los que se desenvuelven los pacientes, es la sensación de pertenencia. Nos referimos a la sensación de estar compartiendo una serie de experiencias comunes, de encontrarse en común unión, a la identificación con un grupo social o comunidad con los cuales se comparten una serie de valores, experiencias o características positivas. Es decir, una sensación de pertenencia voluntaria de la que nos sintamos orgullosos, la creación de un “nosotros” que ayude e explicarnos un “yo”. Quizás uno de los contextos donde la sensación de pertenencia se hace más evidente y necesaria sea el del propio hogar. En las investigaciones realizadas por Mezzina y cols., (2006) se encuentran algunas definiciones de hogar por parte de los pacientes. Mientras que alojamiento significaba para éstos “un espacio privado que saca a la gente de la calle”, la sensación de hogar fue descrita además como la oportunidad para la expresión personal y como un lugar seguro desde donde explorar el amplio mundo social.

La importancia de tener un hogar seguro base o plataforma de la recuperación se hizo muy visible y tangible en estas entrevistas. El hogar también fue descrito como un lugar para el crecimiento y el desarrollo, un lugar para la práctica y el crecimiento de la auto-determinación del yo, un vehículo para equilibrar lo privado y las demandas de la vida social. (Mezzina y cols., 2006, pág.70).

Los recursos residenciales, como son las “Casas Hogares” (CH), donde realizamos nuestra investigación, se muestran como sustitutos de los hogares naturales de los pacientes. Pero, ¿sienten los pacientes estos recursos como hogares?

Aunque los estudios que reseñamos a continuación difieren de la metodología cualitativa que defendemos en este capítulo, los reproducimos debido a su origen, la propia institución donde realizamos nuestra investigación. López, García-Cubillana y cols. (2005a), pertenecientes al departamento de investigación de FAISEM, evaluaron la satisfacción de los usuarios del programa residencial mediante el CAU (Cuestionario de Actitudes del Usuario), adaptación castellana de una versión parcialmente modificada del Patient Attitude Questionnaire Community. Se cumplimentaron 332 cuestionarios. El 63,3% de los usuarios de las CH deseaban permanecer en el dispositivo donde vivían. Cuando se les preguntaba si deseaban abandonar el lugar donde residían antes de incorporarse a una plaza en la CH, el porcentaje se redujo al 54%. Ello indica que la satisfacción aumenta con el paso del tiempo. No obstante, debemos tener en cuenta que se le preguntó al sujeto por lo que deseaba en el pasado. Por lo tanto, no sería extraño pensar que su respuesta se encontrase mediada por su experiencia posterior y que el porcentaje de desacuerdo con el cambio de lugar de residencia fuera mayor. Un resultado importante de esta investigación demuestra que la respuesta depende del lugar de residencia anterior a la CH. Evidentemente, el grado de descontento con la vida en las CH de aquellos que residían en los antiguos hospitales psiquiátricos era menor de los que residían en la comunidad.

También, López, García-Cubillana y cols. (2005b), estudiaron la red social del 81% de los pacientes residentes en Casas Hogares y Pisos Asistidos de la toda la red andaluza mediante un el Cuestionario de Red Social (CURES), una adaptación española del original italiano. El cuestionario consiste en una entrevista al usuario dirigida por personal cualificado. El cuestionario evalúa tres áreas: calidad y frecuencia de los contactos sociales; apoyo social práctico; apoyo afectivo. La versión utilizada en el estudio añade dos preguntas relacionadas con el peso de las relaciones internas al programa (compañeros y personal) dentro de la red social. En una escala de 1 a 4 (4

máxima satisfacción) las valoraciones medias en las CH para las distintas áreas fueron las siguientes: calidad y frecuencia de los contactos sociales: 1.82; compañero de apoyo-pareja: 1.22; apoyo afectivo: 2.44; red social dentro del programa: 3.56 (esta última área se evaluó con una escala de 1-5). Los resultados para los pisos asistidos fueron ligeramente superiores, excepto en el último ámbito, donde fueron superados por las CH por 0.25 puntos. Más del 50% de los usuarios de las CH afirmaron que sus relaciones sociales habían mejorado. Sólo un 12% reconocieron que sus relaciones sociales habían empeorado. Los autores concluyen que el programa residencial ha mejorado las relaciones afectivas de los usuarios facilitando apoyo emocional e instrumental; no obstante, siguen manteniendo redes sociales pobres y, en la mayoría de los casos, dentro del programa.

Si nos vamos fuera de nuestro país, Jones, Chesters, y Flechter, (2003) entrevistaron a 21 clientes que participan en el Housing and Support Program en Gippsland Inc, Victoria. El programa provee de alojamientos con supervisión en la comunidad y ofrece apoyo no permanente para los clientes, pacientes con trastornos graves de salud mental. Los datos fueron obtenidos en relación al significado de las residencias para los pacientes. Los pacientes expresan satisfacción con cinco áreas: estabilidad, construcción de la identidad, privacidad, “domesticity” y confort físico. “Domesticity” hace referencia a la concepción del hogar como un espacio adecuado para la actividad doméstica y la vida diaria.

En definitiva, las investigaciones insisten en que los recursos residenciales con apoyo profesional las 24 horas, como las “Casas Hogares”, permiten a los pacientes que allí residen disfrutar de algún grado de sensación de pertenencia y posibilitan la creación de relaciones de amistad y reciprocidad entre sus residentes y profesionales. Todo ello puede desembocar en la creación de un grupo social o una comunidad en la que sentirse miembro. En este sentido, es interesante señalar que los recursos residenciales de carácter más autónomo, como los pisos asistidos o pensiones, no promueven con la misma intensidad la creación de comunidad. Desde este punto de vista, los recursos residenciales se convierten en espacios relacionales. Los participantes en el amplio estudio de Dorvil y cols., (2005), los cuales entrevistaron a 21 residentes, pacientes de TMG, en recursos residenciales en la provincia de Québec, informaron de que tenían la impresión de que formaban parte de algo, de un todo dentro de los recursos residenciales donde vivían.

Unido a la sensación de pertenencia aparece otro importante sentimiento: la responsabilidad respecto a los otros, respecto a nuestros semejantes. Éste es un aspecto al que se le ha prestado poca atención en relación a las personas que padecen TMG. Sin embargo, como muy bien nos recuerdan Jenkins y Carpenter-Song (2006), el apoyo social es un proceso recíproco. En las entrevistas que estos autores realizaron a pacientes de esquizofrenia, sobresalieron con fuerza las actividades de cuidado que ofrecían los pacientes a otras personas. El ámbito de estas actividades de cuidado era muy amplio y variaba desde el simple apoyo ocasional a compañeros o amigos mediante la identificación de síntomas, al cuidado durante años de los padres. Estas actividades son esenciales y merecen mayor atención y además deben ser fomentadas y reconocidas. Primero, porque suponen ir más allá de la identidad como enfermo, hasta el punto de situarse en el lado opuesto, es decir, como agente de salud. Además, se potencia la identidad de las personas como agentes activos reconocidos. Segundo, porque se posiciona a la persona, no como paciente, sino como experta en sus experiencias de enfermedad, la cual puede apoyar y acompañar a otras personas en sus momentos críticos. Estas actividades de cuidado por parte de los pacientes también se pueden extender, como veremos en la exposición de nuestros resultados, hacia los profesionales de la salud.

La pertenencia a un grupo y la responsabilidad hacia los semejantes otorga a los pacientes una muy positiva sensación de dignidad, seguridad y estabilidad, ya que implica no sentirse solo en la lucha contra el estigma y la enfermedad, y abre la puerta a la comprensión del concepto abstracto de ciudadanía. Como hemos visto en apartados anteriores, la conquista del estatus de ciudadano para el enfermo mental ha sido uno de los logros de la salud mental comunitaria. Sentirse miembro de un grupo social y responsable de la calidad de vida de otros, familia, compañeros, etc., es condición necesaria para reconocer la existencia de instancias superiores que, al mismo tiempo, sean responsables de nuestra situación social y a las cuales podemos reclamar nuestros derechos, ya que éstos sólo emergen de nuestra pertenencia a una comunidad. De esta forma, los esfuerzos individuales para conseguir una mejor calidad de vida se transforman en intereses colectivos y suponen una reformulación del estatus de los pacientes para convertirlos en ciudadanos (Basaglia, 1987; Mezzina y cols., 2006; Saavedra, 2007).

En la esfera interpersonal Mezzina y cols. (2006), describen a partir de las investigaciones de su equipo mediante entrevistas a los pacientes, tres grandes cauces por los cuales las relaciones con otras personas pueden facilitar la recuperación. Los pacientes afirman que una manera de ayudarles es “estando allí” (being there). Los pacientes se refieren con este término, por una parte, a los profesionales de salud mental. Éstos trabajan íntimamente con los pacientes y pueden acompañar a los enfermos sin exigir ni preguntar nada, permitiendo una “positive withdrawal”. Nos referimos a un espacio de libertad para una especie de retirada espiritual o de inacción. Sin lugar a dudas, el primer paso para la mejora del funcionamiento social de los pacientes es un sentimiento de seguridad y libre de exigencia en un espacio social. El estar sentado con un paciente en el mismo sillón sin hablar durante una hora es un ejemplo de ello. Muchos pacientes relatan experiencias de este tipo como muy significativas. En relación con la familia, “estando allí” significa la continuidad y persistencia del apoyo de los allegados en la historia personal de los pacientes, a pesar de las difíciles fases de la enfermedad.

Los pacientes nos informan de que además se puede “hacer más” (doing more). Los familiares pueden hacer más realizando esfuerzos extras para exigir servicios más efectivos y para reivindicar derechos para sus allegados, pueden hacer más prestando algo de dinero, disculpando errores o sacrificándose en algunos aspectos por sus allegados. Los profesionales de salud mental pueden “doing more”, yendo más allá del simple rol profesional en la creación de contactos personales, y en circunstancias extraordinarias, como crisis psicóticas, apoyando a los pacientes a pesar de las posibles reacciones negativas de éstos.

Un tercer tipo de relaciones implica “hacer algo diferente” (doing something different). Hacer algo diferente supone relacionarse con los pacientes desde dimensiones de la identidad que vayan más allá a los atributos de “enfermo mental”. Hacer algo diferente es relacionarse con los pacientes desde las habilidades y capacidades de las que disfrutaban. Hacer algo diferente significa no ajustarse a las definiciones de la enfermedad de las instituciones, no limitarse a los roles y reglas que determinan éstas en las relaciones personales. Los contextos sociales, como las casas hogares, sirven de puente hacia la construcción de redes sociales naturales y sirven como espacios donde experimentar de forma segura las habilidades necesarias para interactuar dentro de una comunidad social.

3.2.3 Recuperación, recursos materiales, trabajo y otras actividades sociales

Es indudable que la primera condición para la recuperación es el disfrute de las condiciones mínima de vida: un alojamiento digno, alimentación, higiene y asistencia sanitaria. El primer objetivo de los recursos residenciales para personas que padecen TMG es satisfacer a los pacientes sus necesidades básicas.

Sin embargo, como es lógico, no todo acaba ahí. Un marco fundamental es el referido a la dimensión laboral de la recuperación en enfermos mentales graves. Se encuentra ampliamente demostrado que los roles laborales son fundamentales en las sociedades occidentales. En la cultura occidental, el trabajo es altamente evaluado y es considerado una fuerza socialmente integradora. Sin embargo, la gran mayoría de las personas con enfermedad mental son excluidas del mundo laboral. Hemos visto en el apartado 2.4.4 que importantes funciones puede desempeñar el empleo en el proceso de recuperación (Bebout y Maxime, 1995; Lysaker, Bell, Zito y Bioty, 1995; Lysaker y France, 1999; McReynolds, 2002).

Desde una perspectiva recuperadora, como afirman Mezzina y cols. (2006), ninguna actividad estructurada como un empleo puede mejorar la capacidad de agencia y lograr la recuperación si no es elegida y es significativa para la persona. No es extraño que personas con TMG sean dirigidas y reenviadas a distintos talleres, cursos o empleos sin posibilidad de elección y sin conocer sus preferencias. De este modo, personas que han disfrutado distintos empleos, o con habilidades e intereses distintos, son puestas a realizar la misma actividad. Así es realmente difícil lograr algún grado de recuperación.

Es reseñable que el hecho de que el trabajo formal implique el pago de los impuestos facilita la integración de las personas como ciudadanas de pleno derecho y facilita que las personas se consideren como tales. Uno de los aspectos positivos de las ocupaciones laborales es que proporcionan ingresos económicos. No podemos olvidar la dimensión como “consumidor” de las personas en el proceso de recuperación. Generalmente esta dimensión es olvidada. El consumo es una de las actividades normalizadoras para las personas que padecen TMG. Una persona sin una mínima capacidad de consumo no puede integrarse socialmente. El consumo es una de las dimensiones más importantes y definidoras de nuestra sociedad (Saavedra, 2007). Tanto es así que no basta con tener una ocupación laboral, sino que es necesario poder acceder

a los centros de consumo y disfrutar del derecho a la propiedad. Muchas de las personas con TMG disfrutaban desde hace años de una actividad laboral estructurada, generalmente en alguna institución de apoyo, sin embargo, permanecen completamente fuera de los contextos sociales de consumo. Y, hoy en día, mantenerse fuera de los contextos de consumo es sinónimo de marginación. Poder acercarse una vez al mes al centro de la ciudad para hacer algunas compras, visitar algún centro comercial o regalarse algún objeto son actividades de carácter integrador. Disfrutar de alguna actividad laboral posibilita la integración de las personas en la sociedad de consumo. Sin lugar a dudas, esta dimensión del proceso de recuperación requiere de mayor investigación.

La actividad laboral es esencial, pero no es la única que facilita la recuperación. La vuelta al contexto educativo tras un periodo de agravamiento de la enfermedad es una meta muy positiva en el proceso de recuperación. Otras actividades pueden ser la participación activa en asociaciones de enfermos y familiares en la lucha por la defensa de los derechos de los enfermos, como indicábamos más arriba (Rigdway, 2001), en clubs deportivos, asociaciones de vecinos, etcétera. En todas estas actividades sociales, laborales, asociativas o deportivas, la persona con TMG debe sentirse apoyada pero sin sentir presión. Los profesionales sociosanitarios deben huir del paternalismo y deben asumir el riesgo que suponen todas las actividades sociales (Beboutm y Maxime, 1995). Son muchos los recursos o programas diseñados para la rehabilitación laboral de los pacientes de TMG, los cuales van desde los talleres ocupacionales hasta los empleos protegidos, pasando por las empresas especiales de empleo. El debate sobre la eficacia de las propuestas de integración laboral está abierto y, aunque interesante, se encuentra fuera de los objetivos de nuestro trabajo.

3.3 Algunas notas finales

Tras la anterior extensa descripción de las dimensiones de la recuperación, no resulta difícil comprender la complejidad de la tarea de los profesionales e instituciones que trabajan en pos de la recuperación de las personas que padecen un TMG. Pero, sin lugar a dudas, la tarea más ingente, hasta el punto de poderse considerar como heroica, es la que debe realizar la persona que sufre un TMG. Esta persona debe luchar contra la misma enfermedad, contra los procesos de marginación asociados a la enfermedad y contra el estigma. Todo ello, mientras se guarda el equilibrio de una identidad que

pueda ser compartida en sociedad. En este sentido, los esfuerzos personales por la recuperación han sido denominados como “esfuerzos morales” (Kleiman, 1999), ya que implican la búsqueda de las condiciones intersubjetivas que puedan aliviar la opresión de la enfermedad y el estigma. En definitiva, la recuperación consiste en encontrar un lugar en el mundo. En mi opinión, la frecuente participación de personas con TMG en asociaciones o grupos religiosos, aparte de los beneficios en cuanto a los contactos sociales y a la aceptación incondicional que pueden disfrutar las personas en estos entornos (Sells, Stayner y Davidson, 2004), puede explicarse de otra forma. El discurso religioso permite entender los conflictos desde una perspectiva local, pero que trasciende la situación concreta de las personas integrando estos conflictos en un escenario de carácter universal y dotándolo de sentido.

En un intento de síntesis, Spaniol, Wewiorski, Cheryl, Cagny y Anthony (2007), mediante el análisis de 12 entrevistas a personas con TMG y una revisión teórica, hallan 4 fases del proceso de recuperación, cuatro tareas fundamentales y tres tipos de desafíos al proceso. La figura 3.2, de creación propia a partir de estas aportaciones, representa estos hallazgos. En la primera fase del proceso, alrededor de la primera crisis, la persona se encuentra sobrepasada física y psicológicamente por la experiencia. La persona intenta controlar y comprender lo que está sucediendo. Pero se siente confuso y desconectado de los demás. Padece una importante pérdida de la autoeficacia y teme un descenso generalizado del control de las experiencias internas y externas. Las personas son incapaces de articular claramente sus objetivos y éstos no están bien anclados en la realidad. En la segunda fase, las personas, más allá de la fase aguda de la enfermedad, desarrollan una explicación de lo que está sucediendo a menudo apoyado por términos médicos o técnicos y afrontan la realidad de la naturaleza de larga duración o crónica de la enfermedad. Los pacientes pueden temer enfrentarse a nuevas actividades por miedo a perder la precaria estabilidad conseguida, pero ya disponen de estrategias para enfrentarse a la enfermedad y a los handicaps sociales relacionados. Esta etapa se caracteriza por la construcción del sentimiento de fuerza y confianza en la habilidad de actuar por los propios intereses. En la tercera fase, la persona ha construido un yo fuerte y estable que puede asumir los roles de la enfermedad. Se observa en esta etapa confianza y autoeficacia sobre el control de su vida. Las personas en esta etapa han aprendido a tener una vida satisfactoria a pesar de las dificultades y utilizan estrategias y habilidades eficaces en la lucha contra la enfermedad. La última etapa, a pesar de no

encontrarse ningún participante en su investigación que se pueda incluir en esta fase, es descrita por estos autores como la construcción de una identidad en la que la enfermedad ocupa un espacio muy reducido, sin que interfiera lo más mínimo en el disfrute de una vida productiva y satisfactoria.

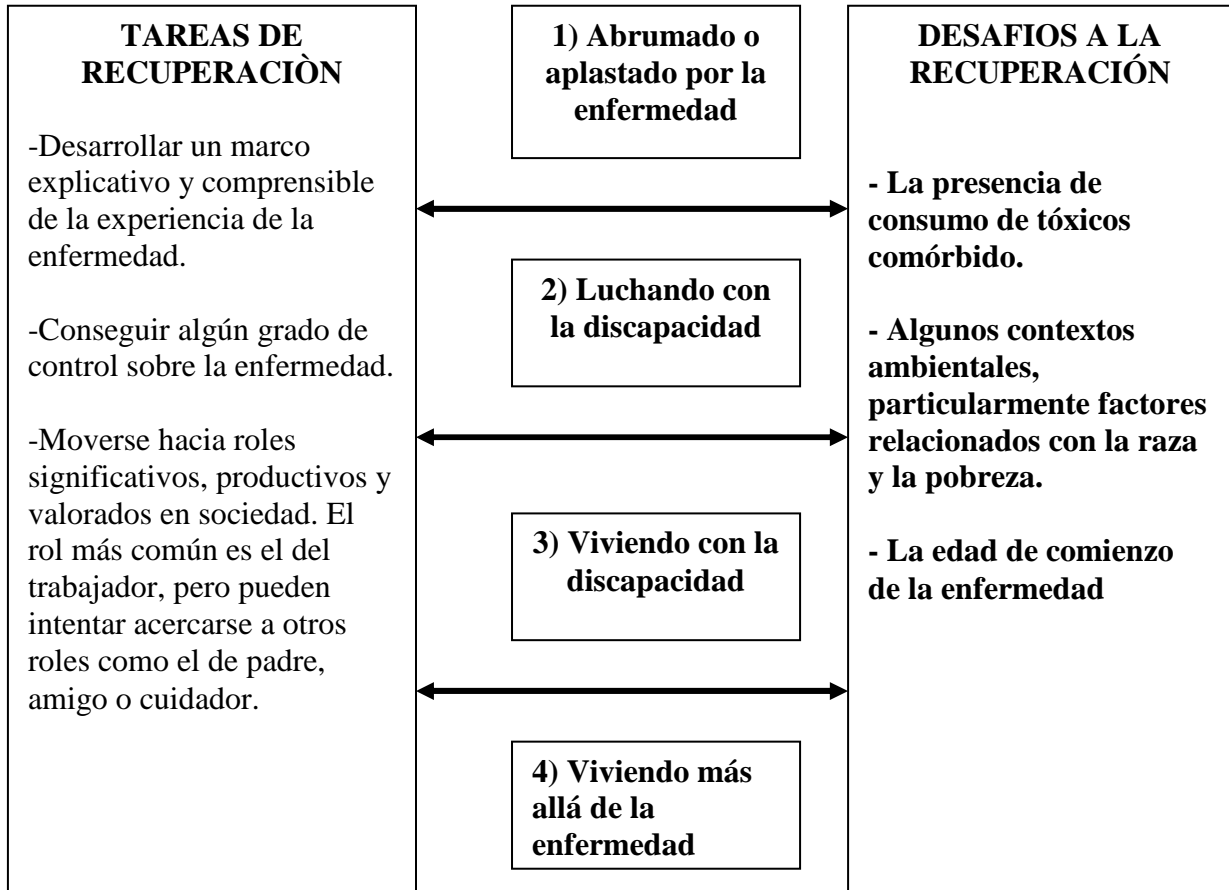


Figura 3.1 Fases de la recuperación.

A pesar de los intentos de dotar de coherencia interna a los procesos de recuperación, como bien nos indican Jenkins y Carpenter (2006), el proceso de recuperación evidencia en nuestra cultura occidental un conjunto de paradojas. Debemos tenerlas en cuenta ya que las personas que padecen TMG son conscientes de ellas. La paradoja más importante y que, de alguna manera, resume todas estas, es la idea de la recuperación sin cura. A pesar de la visión esperanzadora que hemos expresado aquí, y de los datos objetivos que contradicen la visión catastrofista de los TMG, muy pocos se atreverían a negar el carácter crónico de enfermedades como la esquizofrenia. Por lo tanto, muchas personas a pesar de la remisión de los síntomas y de una recuperación exitosa no podrán liberarse completamente de algún tipo de relación

con la “enfermedad”. La toma de la medicación, a pesar de la mejoría, en muchos casos de por vida, y el padecimiento de algunos efectos secundarios, por ejemplo de carácter sexual, obligará a enfrentarse a muchas personas con etiquetas como “enfermo” o “adicto” durante toda su vida. La causa explicativa “desequilibrio bioquímico” de los TMG es aceptada socialmente, libera de sentimientos de culpabilidad (incluidas familias) y protege a la identidad de las personas de ser invadidas por el rol de enfermo. Sin embargo, como es fácil de comprobar, no libera del estigma. Y no sólo eso, sino que puede conllevar que las personas que padecen TMG se consideren como incapaces de intervenir en su propia vida e influir en el curso de sus problemas, al hacer depender su situación de una realidad que escapa a su campo de acción.

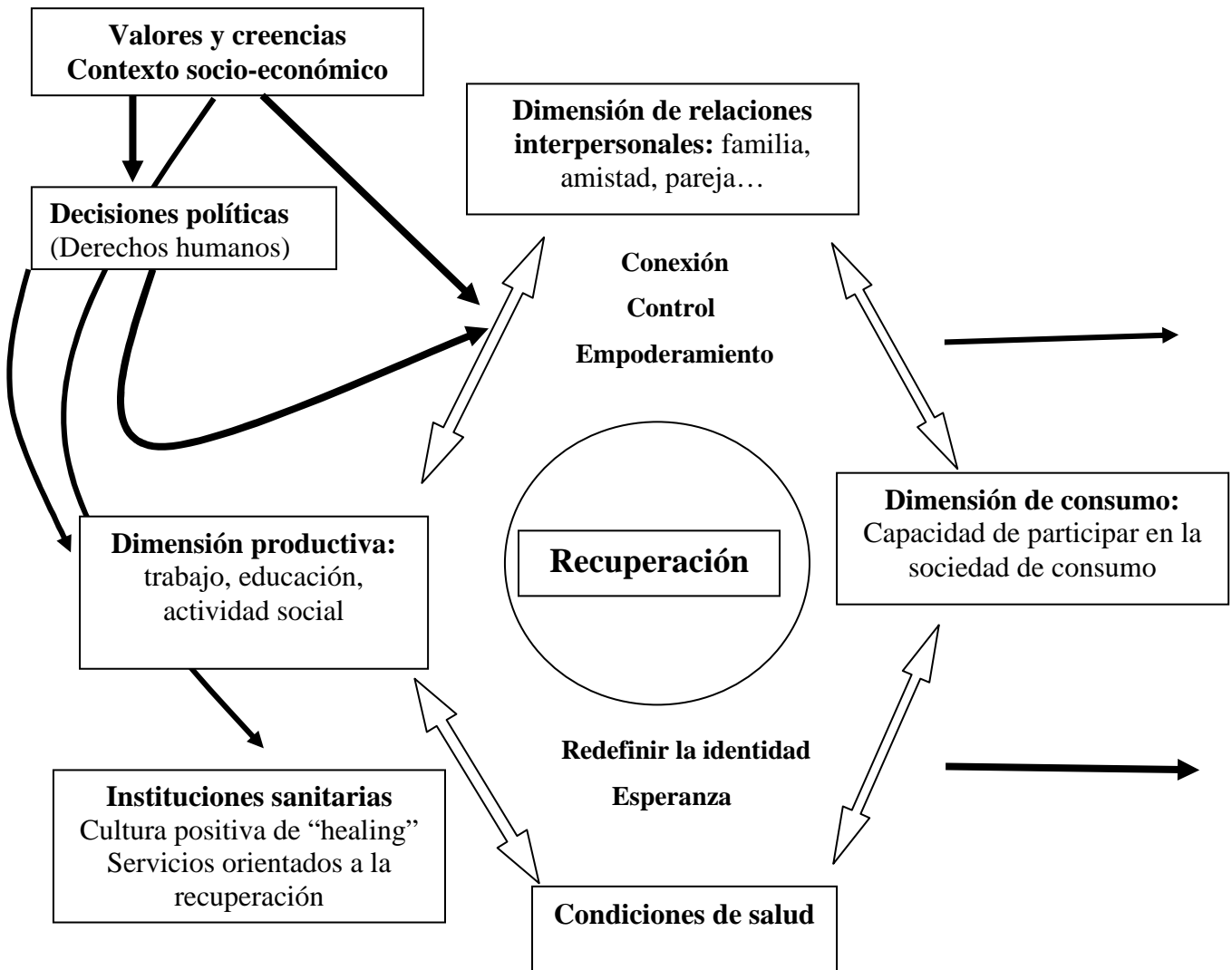
No es necesario hacer énfasis en la necesidad de intervenir en los contextos locales donde se desarrollan los procesos de recuperación. Es imprescindible trabajar, al mismo tiempo que con las personas que padecen TMG, con los prejuicios, las actitudes e injusticias económicas y políticas que contaminan las comunidades sociales. Los valores y creencias sociales y el sistema socio-económico dominante son realidades a tener en cuenta en los procesos de recuperación. No es lo mismo sufrir un TMG en el Perú que en España, como tampoco es lo mismo sufrir un TMG en un entorno rural que en una gran ciudad. Los procesos de recuperación son muy dependientes de los contextos sociales. Además, como muy claramente ya dejaron claro los primeros modelos teóricos de rehabilitación psicosocial, facilitar la recuperación de personas que padecen TMG requiere no focalizar el trabajo en exclusiva en estas personas sino preocuparse por el diseño de las instituciones que las sirven. Es decir, se necesita investigar sobre la gestión de la salud mental y sobre la cultura profesional privilegiada en nuestras instituciones. Una verdadera reforma sanitaria, como la de la gestión de la salud mental, es imposible sin un cambio de premisas ideológicas y estructurales en las instituciones sanitarias. Por ello cualquier cambio que no lleve consigo esa transformación no es más que responder a un reajuste del sistema a nuevas condiciones económica-sociales.

Como muy acertadamente nos advierten Dorvil y cols. (2005, pág. 513) “la desinstitucionalización requiere una redefinición de la noción de integración, control y normalización, las cuales son centrales para las ciencias sociales”. En mi opinión, considero las personas integradas como aquellas que operan dentro del sistema que produce valores, riqueza y reconocimiento social. Excluidos son aquellos que no

participan de los intercambios sociales regulares. Para terminar y usando las contribuciones de Rigdway (2001), sintetizo lo dicho hasta ahora sobre la recuperación de un TMG a partir de ocho premisas. Además, en la figura 3.2 sintetizo gráficamente las distintas dimensiones del proceso de recuperación que hemos estudiado en este capítulo.

- La recuperación significa rescatar la esperanza. Empezar a recuperarse implica abandonar la concepción de la esquizofrenia o cualquier TMG como insuperable. Por lo tanto, la recuperación puede ser entendida como una ruptura o negación de un modelo de enfermedad.
- La recuperación implica un esfuerzo por lograr la comprensión y la aceptación.
- La recuperación significa ir más allá de la identidad como enfermo y reivindica el reconocimiento de otras dimensiones de la identidad.
- La recuperación supone un movimiento del aislamiento al compromiso y a la participación activa en la vida.
- La recuperación es más un estilo de afrontamiento activo que un ajuste pasivo a las condiciones de la enfermedad.
- La recuperación es un viaje largo y complejo con idas y vueltas.
- La recuperación implica abandonar a alienación y dirigirse hacia la conquista del sentido y el propósito en la propia vida.
- La recuperación necesita del apoyo y de relaciones sociales positivas.

Figura 3.2. Distintas dimensiones de la "Recuperación" (Elaboración propia)



CAPÍTULO 4

INTRODUCCIÓN AL MÉTODO

En este capítulo manifestaré cuál es mi apuesta metodológica. Aquí integraré algunos de los contenidos teóricos hasta ahora expuestos con algunas propuestas metodológicas provenientes de la psicología socio-cultural. El primer apartado será en el que describiré las Casas Hogares (CH) donde he realizado mi investigación la cual, considerada como escenario sociocultural de actividad, funciona como variable explicativa. En el segundo apartado dibujaré mi hoja de ruta para explorar la influencia de estas Casas Hogares en las narrativas de los usuarios que allí conviven. En este apartado adelantaremos cuáles son los criterios y las técnicas de análisis que he seleccionado para ello.

4.1 CONTEXTOS SOCIOCULTURALES COMO FACTORES EXPLICATIVOS

La hipótesis que fundamenta este trabajo de tesis doctoral es que las Casas Hogares entendidas de forma compleja, a continuación explicaré que entiendo por complejo, afectarán los modos de narrar las vidas de los usuarios que allí viven. Así, yo sostengo que podrían detectarse diferencias entre las narrativas de vida de usuarios de larga y corta duración. Son tres los aspectos de mi trabajo que debo justificar. Primero, la elección de un factor explicativo, se podría pensar tan indefinido, como las Casas Hogares. Segundo, qué características especiales presentan las Casas Hogares para pensar que es un contexto objetivable, diferenciable de otros, y capaz de influir de forma visible en las narrativas de vida de los usuarios que allí viven. Y por último, por qué elegir las narrativas de vida como objeto de estudio y no, por ejemplo, cualquier constructo cognitivo. Esta última cuestión considero que ha sido tratada extensamente en los anteriores capítulos y aunque me refiera a ello brevemente en este apartado me centraré en las dos primeras cuestiones.

Como me servirá de algunos conceptos provenientes de la tradición sociocultural, permítanme comentar brevemente las premisas de esta perspectiva antes de explicitar cómo estudiaremos el contexto de las CH. La teoría sociocultural sostiene

que las facultades psicológicas superiores se van adquiriendo mediante la “interiorización” de las operaciones interpsicológicas. Es decir, aquéllas surgen a partir de las relaciones sociales (interacciones microsociales y macrosociales) en las que los seres humanos están inmersos y participan a lo largo de su desarrollo. Este proceso se explica mediante la interiorización de los instrumentos semióticos, esencialmente el lenguaje, y las relaciones sociales en las que éstas hacen acto de presencia. Por ello, todo proceso psicológico mantiene siempre un componente social vestigio de sus orígenes genéticos (Vygotsky, 1987). En este punto son necesarias tres especificaciones sobre la teoría sociocultural que nos parecen interesantes:

1) La relación entre el plano social y el plano interno no es el de una copia y su original. Cuando se interioriza un instrumento semiótico, por ejemplo las instrucciones de una madre a su hijo para solucionar determinada tarea, las funciones y su estructura se transforman. Podemos decir que durante el proceso de interiorización la naturaleza social de los enunciados va siendo menos evidente, y por lo tanto, la posibilidad de detectar posicionamientos sociales en ellos se va reduciendo. Por ejemplo, las representaciones verbales internas (pensamiento verbal) pierden progresivamente sus componentes vocálicos y empiezan a aparecer formas encubiertas (susurros, murmullos o movimientos de labios). Además, en un nivel sintáctico existe una prevalencia del predicado psicológico, es decir de aquello que no se conoce y es foco de la atención, mientras que el sujeto psicológico, aquello que se conoce y ha dejado de estar en el centro de nuestra atención, es eliminado de los enunciados en el habla interna. Por último, los rasgos semánticos del habla interna se caracterizan por la “aglutinación de palabras” y “el influjo de sentido” (Vigotsky, 1993). Podemos concluir que este proceso no consiste en la interiorización de una actividad externa en un plano interno preexistente sino el proceso de construcción de ese plano.

2) La clave del proceso de interiorización reside en la aparición del control interno. De forma más clara, la interiorización consiste en el desarrollo del control sobre los signos externos. Como afirman Vigotsky y Leontiev hablar del control voluntario de los signos, principalmente lingüísticos, es referirnos a la interiorización (Santamaría, 2005). De hecho, algunos autores han propuesto algunos términos equiparables al de “interiorización” que hacen referencias especiales al control progresivo de instrumentos, en un principio, sociales y a la capacidad del sujeto de hacer suyos de forma distintiva

los signos en un principio externos. Por ejemplo “Apropiación” (Rogoff, 1993) o “Dominio” (Wertsch, 1993, 1999).

3) Por último, me gustaría señalar que en el proceso de “apropiación” de los recursos semióticos es esencial la calidad de las interacciones sociales originales donde estos instrumentos son utilizados (Rogoff, 1990). En estas interacciones la capacidad de negociación y el grado de “intersubjetividad” (Rommetveitt, 1979; Wertsch, 1993), entendida como el grado de acuerdo en la visión de una determinada situación, son factores determinantes para que el proceso de apropiación llegue a buen puerto. En una interacción social donde se utilizan instrumentos semióticos en una determinada situación, por ejemplo en una interacción aprendiz-experto, el “otro” juega un papel fundamental en dos sentidos. Como constructor de un entorno social-comunicativo y como fuente reguladora de la actividad que el aprendiz ejecuta.

Vayamos ahora al problema de la definición de un contexto. Cuando hablamos de contexto o escenario normalmente pensamos en las condiciones físicas o espaciales del entorno, incluso si disfrutamos de algún bagaje sociológico o psicológico podríamos considerar las características estructurales de la organización social, roles, interacciones, tipo de redes sociales, etc. Sin despreciar los criterios anteriormente apuntados, cuando yo hablo de describir de forma compleja un contexto me refiero a algo muy sencillo: qué hacen los participantes de un determinado contexto espacio-temporalmente delimitado y cómo dicen qué hacen y para qué lo hacen. En definitiva, cuando hablo de contexto me refiero a las acciones, o si quiere, a las tareas en las que los sujetos participan y a los significados que atribuyen estas personas a estas acciones, es decir, a cómo definen al mismo contexto. De este modo, se incluye dentro de la definición de contexto una dimensión que queda obviada la mayoría de las ocasiones. Me refiero a los significados de los participantes dentro del contexto. Significados que, como es lógico, incluyen valores y reglas sociales instituidas. Esta es la dimensión subjetiva de los contextos. Para Wertsch (1985, 1993) dentro de la teoría socio-cultural, la actividad humana se define como “contexto o escenario de actividad socioculturalmente definido, en los que tiene lugar el funcionamiento humano” (1985, pág. 211). Así, se hace énfasis en los significados o suposiciones implícitas mediante los cuales los participantes del contexto definen éste. Tanto es así, que es precisamente esta dimensión subjetiva, suposiciones y significados, la que hace reconocible el contexto, la que determina las

acciones y las metas que desarrollan los participantes del escenario de actividad. De este modo, cada escenario implica el aprendizaje de los géneros discursivos más adecuados mediante interacciones con los participantes más expertos, que es lo mismo que decir la forma de usar el lenguaje más adecuado. Como géneros discursivos privilegiados entendemos las características, la estructura, el tema y el tipo de enunciados que se reiteran en un determinado escenario y que van a depender de los motivos de la actividad y de las metas de las acciones del escenario. Es posible reconocer en Wertsch la definición de Bakhtín (1986) de género discursivo. Según Bakhtín un género discursivo no es una forma de lenguaje, sino una forma típica [un tipo] de enunciado; como tal, el género también incluye una determinada clase típica de expresión que le es inherente. En el género la palabra adquiere una expresión particular típica. Los géneros corresponden a situaciones típicas y temas de comunicación verbal típicos, y, consecuentemente, también a contactos particulares entre el significado de la palabra y la realidad concreta bajo determinadas circunstancias diferenciadas (Bakhtín, 1986).

Como los escenarios están definidos semióticamente a través de los significados que les atribuyen los sujetos, no es difícil comprender que lo primero y esencial al comenzar a participar en un determinado escenario es aprender cómo se define éste. De este modo, podemos escapar en nuestro análisis de la típica limitación espacio-temporal del escenario para hacer hincapié en los discursos y los significados. Lo cual es muy necesario hoy en día, en un mundo en el cual aparecen cada día diferentes escenarios de actividad en Internet que no se encuentran situados espacialmente sino discursivamente. La existencia de géneros discursivos privilegiados no significa que no haya, como veremos, conflictos y que la homogeneidad esté asegurada. Los participantes pueden redefinir y apropiarse de forma distintiva de estos géneros, haciendo que los escenarios se transformen. En caso contrario, nos hundiríamos en un determinismo muy alejado de la tradición socio-cultural. Para Wertsch (1999) siempre existe una tensión inherente en la relación entre las herramientas culturales, por ejemplo los géneros discursivos, y los agentes que se apropian de éstas.

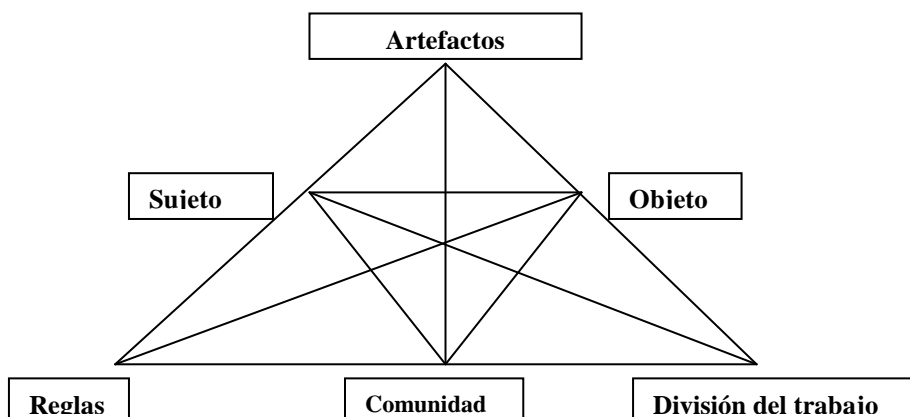
Resumiendo, un escenario sociocultural de actividad incluye a los participantes tanto en sus dimensiones biológicas como sociales, a las herramientas utilizadas por éstos y por último al conjunto de significados, valores, normas que definen el escenario tanto desde cada uno de los participantes como desde una dimensión institucional. Es necesario especificar que de entre las herramientas que se utilizan dentro de un

escenario de actividad las más importantes son las de carácter semiótico. Como por otra parte no es extraño, si repasamos las premisas de la teoría sociocultural. Son éstas las que median e incluso se podría decir conforman nuestras funciones psicológicas superiores. Entre estas herramientas semióticas, son los géneros discursivos los que mejor definen un escenario de actividad determinado para Wertsch (1991, 1993) ya que cada escenario de actividad “privilegiará” diferentes géneros mientras que rechazará otros.

Hemos dicho que las herramientas semióticas son las más importantes, sin embargo no son las únicas. Las herramientas semióticas corresponderían a los artefactos mediadores de segundo y tercer nivel según Cole, (1996). Los artefactos primarios, corresponderían a las herramientas materiales. En el contexto de las Casas Hogares, por ejemplo, podríamos señalar el tabaco o el dinero utilizados para controlar la conducta de los usuarios. Los artefactos secundarios consistirían en la representación de los primarios, e incluirían las acciones en las que se despliegan estas representaciones. Por ejemplo, el reforzamiento de una conducta de un usuario mediante el uso de puntos, un ticket intercambiable por tabaco o la promesa de entrega futura de tabaco. Por último, los artefactos terciarios son sistemas independientes del objeto o la actividad. Los llamados mundos imaginados. Este nivel correspondería a los scripts, esquemas como son considerados por Bruner (1991).

Cole y Engeström, (1993) mediante el concepto de “sistema de actividad” nos señalan que las herramientas mediadoras que utilizamos o, como ellos afirman, los artefactos mediadores, no se dan en el vacío. Las aportaciones de estos autores complementan el concepto de escenario de actividad ya que los artefactos mediadores o herramientas son integradas en un sistema de actividad (ver figura 4.1).

Figura 4.1 Triángulo mediacional extendido de Cole y Engeström.



Este sistema incluye al conjunto de individuos interrelacionados por medio de un objetivo común (comunidad). En nuestra investigación estaríamos hablando del conjunto de los distintos profesionales y los usuarios que participan en distintas acciones dentro de las Casas Hogares. Tampoco se olvidan las reglas, normas, reglamentaciones que regulan las acciones de los participantes en el sistema. Dentro de las Casas Hogares nos referiríamos, por ejemplo, al convenio colectivo, a la reglamentación de funcionamiento interno de la Casa Hogar, o a las normas de convivencia no escritas que regulan la convivencia en ésta (Reglas). Por último, no podemos obviar en sociedades tan sofisticadas como las nuestras las divisiones técnicas de los colectivos y las acciones dirigidas a las metas (división del trabajo). Por ejemplo, en las Casas Hogares habría que prestar atención a las diferentes funciones de algunos monitores.

Un planteamiento similar defienden los teóricos de la cognición en el contexto. Para éstos la cognición es un proceso heterogéneo, mediado y socio-culturalmente situado (Tulviste, 1992). Es la llamada hipótesis de la heterogeneidad del pensamiento. Es decir, cualquier proceso cognitivo, por ejemplo la resolución de un problema, se desarrollará de forma distinta en la misma persona y mediante herramientas diversas, entre las cuáles las de carácter semiótico son privilegiadas, dependiendo del escenario de actividad en el que esté participando la persona. Esta heterogeneidad no hay que entenderla solamente a nivel cultural; es decir, cómo dentro de una cultura existen distintos escenarios socioculturales de actividad, por ejemplo, la escuela, el taller o el hogar, y cómo, por lo tanto, encontramos distintas formas de resolver un problema en ésta. De igual modo, también existiría heterogeneidad en el mismo individuo. Una misma persona utilizará distintas formas de recordar un ítem dependiendo del escenario de actividad en el que se encuentre. Así, el dominio de nuevas formas de pensar no invalida ni sustituye los modos que ya se dominaban sino que conviven en el mismo individuo y se activan dependiendo del contexto.

La conclusión de todos los desarrollos teóricos descritos anteriormente se traduce en la siguiente afirmación: no podemos separar nuestras funciones cognitivas superiores de los escenarios o los sistemas de actividad en los que participamos.

Distintas investigaciones han mostrado como los escenarios de actividad determinan nuestros recursos cognitivos como, por ejemplo, la memoria. De la Mata y

Sánchez (1991) y Ramírez, Cubero y Santamaría, (1990) estudiaron cómo alumnas de distintos niveles de alfabetización utilizan diferentes estrategias para memorizar y recordar dependiendo de su experiencia escolar. Resultados similares se obtienen de estudiar la influencia de la escuela como escenario de actividad en las estrategias de resolución de problemas y categorización. También ha sido analizado el tipo de discurso usado por mujeres en proceso de alfabetización en un programa de educación de adultos en la tarea de definir y caracterizar la pertenencia a un grupo, es decir en la tarea de dar cuenta de la identidad cultural (Cala, de la Mata y Sánchez, 1994). Los resultados de estas investigaciones concluyen que la experiencia y el dominio en el escenario, en este caso la experiencia en la institución escolar formal, influye determinantemente en nuestras funciones cognitivas y se encuentran entrelazadas con éstas.

En relación con la influencia de los contextos sociales en las narrativas de vida y la memoria autobiográfica, diversos estudios han demostrado que estilos conversacionales entre padres e hijos determinan la forma de recordar de éstos (Reese, Haden y Fivush, 1993; Fivush, 2007a, 2007b). En ese sentido, también existen evidencias consistentes de que el ambiente narrativo influye en la elaboración narrativa de nuestros recuerdos (Bruner, 1990; Nelson, 1996). Leichtman, Wang y Pillemer, (2003) revisan el concepto de “ambiente narrativo” y aportan nuevos datos que confirman la importancia de los estilos conversacionales entre adultos y niños en la formación de la memoria autobiográfica. Se han encontrado dos grandes estilos conversacionales entre madres e hijos que se han denominado “altamente elaborados” y “poco elaborados”. En los primeros las madres hablan a menudo con sus hijos sobre eventos pasados, los proveen de numerosas descripciones sobre sus experiencias y promueven el enriquecimiento de las narrativas de sus hijos. Las segundas hablan relativamente poco de sucesos pasados y proporcionan pocos detalles sobre conversaciones o eventos pasados. Un dato muy interesante es que estas madres cuando hablan de eventos pasados lo hacen desde la perspectiva de obtener una respuesta positiva de sus hijos a sus enunciados; es decir, buscando la confirmación de sus hijos de los recuerdos referidos. Wang y cols. (2000) añaden que los rasgos de los estilos conversacionales de “baja elaboración” presentan formatos donde las temáticas muestran un fuerte énfasis en el mantenimiento de buenas relaciones sociales. Estos rasgos corresponden a culturas donde existe una evidente orientación interpersonal. Por ejemplo, transcripciones de interacciones entre madres indias y sus hijas han mostrado

que los adultos se dirigen a sus hijos con el objetivo de obtener de ellos una conducta correcta, para alentar a los niños a llevar a cabo acciones correctas o para ordenar distintas acciones. Al contrario, en las culturas que priman la independencia, las conversaciones se encuentran dirigidas a promover las historias personales con el objetivo de que los niños se transformen en individuos independientes.

Leichtman, Wang y Pillemer, (2003) recopilan numerosas investigaciones para concluir que los niños estadounidenses que han participado en conversaciones “altamente-elaboradas” dan cuenta de sus recuerdos con mayor detalle y presentan descripciones mayores de eventos pasados que niños provenientes de madres con estilos conversacionales de baja elaboración. Los niños de madres con estilos conversacionales elaborados construyen recuerdos usando unidades de expresión mayores y más complejas y presentan un estilo más descriptivo que los niños que provienen de ambientes de estilos conversacionales de baja elaboración. Los niños estadounidenses describen detalladamente eventos donde participan sólo ellos y datan su primer recuerdo a una edad más temprana que los niños de cultura oriental. Al contrario, los niños coreanos y chinos (provenientes de ambientes de baja elaboración conversacional) facilitan descripciones esqueléticas de múltiples actividades. Estos niños también muestran mayor número de descripciones de rutinas, frente a los estadounidenses que se refieren a episodios situados de forma concreta en el tiempo, además muestran menos referencias a sí mismo que los niños norteamericanos. Los niños procedentes de ambientes narrativos poco elaborados, por ejemplos los procedentes de algunas culturas orientales, presentan recuerdos relacionados con el deber moral, figuras de autoridad. De hecho, el número de figuras de autoridad en estos últimos es mayor que en la de los niños norteamericanos. En esta misma línea, los niños estadounidenses son capaces más tempranamente de reconocer el tono emocional de distintas situaciones.

Estos estudios se han centrado en un periodo evolutivo muy concreto: la primera infancia (4 a 10 años). El escenario de actividad analizado también se encuentra muy definido: interacciones madre-hijo, adulto-hijo. De la misma forma, como variable independiente se ha tomado el entorno cultural donde se llevan a cabo las interacciones madre-hijos; el entorno cultural se determina por el país de origen de las madres y los hijos. Es evidente que en el periodo evolutivo citado los seres humanos son especialmente sensibles al contexto, sin embargo, no hay ninguna razón para pensar que

no seguimos siendo sensibles en alguna medida a los ambientes narrativos de los escenarios donde interactuamos.

A partir del desarrollo teórico ofrecido en este apartado, considero el contexto de las Casas Hogares como un escenario de actividad socio-culturalmente definido, el cual puede ser tomado como factor explicativo de los cambios en las narrativas de vida de los usuarios que allí viven.

4.1.1 Casas Hogares como escenarios socioculturales de actividad

Describamos a continuación la historia y las características de la Fundación a la que pertenecen las Casas Hogares: FAISEM.

A principios de los 90, los aspectos considerados como no sanitarios, que eran los que habían quedado más relegados durante el proceso de reforma, precisaban de una mejor atención. Especialmente en el grupo de personas más sensibles, es decir, los psicóticos crónicos. En otoño de 1.992, las asociaciones de familiares y allegados, junto a distintos profesionales implicados en mejorar las condiciones de vida y de atención a los enfermos, inician una campaña ante los poderes públicos propiciando medidas destinadas a paliar las carencias sociales derivadas del padecimiento de un trastorno psicótico severo. Fruto de tal campaña fue la aprobación en septiembre de 1.993 de una proposición no de ley. Ésta instaba al Consejo de Gobierno Andaluz a constituir una Fundación Pública para la gestión de recursos de carácter no sanitarios dirigidos a la atención de las necesidades y carencias derivadas de padecer o haber padecido una enfermedad mental. El 30 de noviembre del mismo año, el Consejo de Gobierno aprueba la constitución de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), que comienza a ser operativa en enero de 1994 con las partidas económicas incluidas a tal fin en la ley de presupuestos de la Comunidad Autónoma. El órgano de gestión de la Fundación es el Patronato, constituido por las personas que en cada momento ocupan la titularidad de las Consejerías de Salud, Economía y Hacienda, Empleo y Desarrollo Tecnológico y Asuntos Sociales del Gobierno de la Comunidad Autónoma. El objeto de la Fundación, definido en el artículo 5º de sus estatutos, es la prevención de la marginación y desadaptación social, así como el apoyo a la integración social y laboral, de las personas que padezcan enfermedades

psíquicas generadoras de incapacidad personal y social, y que tengan dificultades de acceso a recursos normalizados.

Por lo tanto, desde una perspectiva institucional la definición de los motivos de FAISEM es clara. Pero, permítanme mostrarles con un ejemplo la importancia de analizar la red de significados que también forma parte del escenario de actividad, tal como decíamos en el apartado anterior. Para ello les mostraré tres extractos correspondientes a tres definiciones de distintos agentes.

Extracto 1. FAISEM: “Un recurso dirigido a la promoción de la continuidad del paciente y a la participación de la persona con trastornos mentales graves (TMG) en la comunidad” (Documento de trabajo nº1. Criterios para el desarrollo del programa residencial. FAISEM, 2000).

Extracto 2. Monitor: “[...] Ellos están institucionalizados y tienen la experiencia de estar institucionalizados pero nosotros queremos vender que esto no es una institución, que es un hogar. La experiencia cotidiana de ellos es que es una institución...” (Entrevista a monitora”. Año 2008).

Extracto 3. Paciente: “¿Por qué debo limpiar mi habitación? Si yo lo hice la semana pasada... ¡Tú cobras porque yo estoy pagando aquí!” (Entrevista a usuario. Año 2007).

El primer extracto, procedente de un documento oficial, las “Casas Hogares” (CH) son definidas como un instrumento útil para la recuperación y la integración. De forma contraria, en el segundo extracto un trabajador nos comenta que aunque queramos vender el carácter de hogar de las “CH” estos recursos son instituciones y que la experiencia de los pacientes es ésta. Es interesante como la monitora se apropia de la voz de los usuarios, los cuales hablan a través de ella. Todos saben que la palabra institución después de la reforma psiquiátrica es casi tabú puesto que evoca a la institución manicomial y denota todo lo que la Reforma pretendió evitar. Por lo tanto, la crítica es fortísima. ¿Pero cuál es la definición de un paciente? En el extracto tres el paciente nos define las “casas hogares” como un servicio en el cual ellos, los pacientes, están pagando. Es decir, equipara las “CH” a los hoteles. Estas tres diferentes definiciones entrelazadas forman una parte fundamental del escenario de actividad. Aquí vemos un ejemplo de conflicto entre definiciones, como por otra parte es normal y

necesario. La homogenización absoluta de significados en un contexto es difícil de encontrar. Estos significados y suposiciones determinan los objetivos y las características de las acciones que se desarrollan en el escenario. Las relaciones interpersonales tienen lugar en medio de estas acciones cotidianas. Además, en nuestro caso, los pacientes pueden apropiarse (Rogoff, 1993) de los géneros discursivo privilegiados (Wertsch, 1991) establecidos en las interacciones entre profesionales y pacientes en el contexto de las “Casas Hogares”. En este sentido, es esencial estudiar las actividades cotidianas dentro de los escenarios con el fin de entender profundamente éstos. Todo ello desde una perspectiva genética y cualitativa.

A pesar de que hace 14 años de la creación de FAISEM, y no podemos considerar que se encuentre la organización en periodo de gestión, la complejidad organizativa (tanto a nivel económico, ideológico y estrictamente técnico) del proyecto iniciado con FAISEM conlleva que 14 años sean insuficientes para que exista una organización estable, una definición de funciones permanente y una efectiva incardinación de FAISEM en la red de gestión de la salud mental que se crea con la reforma psiquiátrica. Por lo tanto, como acontece en todos los proyectos que no han alcanzado su completa madurez, los objetivos sociales son todavía fundamentales en el proceso de crecimiento, progresiva estructuración e incardinación y como no, de justificación ideológica y política. Un esfuerzo por delimitar funciones, señalar los principios orientadores y normativa legal, sistematizar las intervenciones y establecer procesos de trabajos es la publicación del relativamente reciente Plan de Calidad 2006-2010. Uno de los aspectos esenciales de este plan es la implementación del Plan Individualizado de Atención Residencial para cada usuario, el cual supone indudablemente una sistematización y profesionalización del trabajo dentro de las Casas Hogares, a pesar de que, como veremos, se considera que la actividad de estos empleados “no va más allá de la sustitución profesionalizada de algunas funciones tradicionalmente asumidas por la familia” (Plan de Calidad, 2006-2010).

FAISEM se constituye como una organización de servicios, puesto que de los servicios prestados se benefician unos clientes, en este caso, muy definidos. No obstante, también es posible considerar la organización de beneficio al público en general debido al carácter público de la organización y su dependencia final del patronato formado por los consejeros de Salud, Asuntos Sociales, Empleo y Desarrollo

Tecnológico y Economía y Hacienda. El protagonismo de los familiares en la institución desde su fundación es muy importante. De hecho, las asociaciones de familiares forman parte de la comisión asesora de la fundación y existe un objetivo concreto de fomento del movimiento asociativo de familiares de afectados.

Considero esencial el hecho de que el concepto de “Recuperación”, piedra angular de todos los proyectos y diseños de servicios relacionados con la salud mental en gran parte de los países europeos occidentales, no aparezca ni una sola vez en las 145 páginas del Plan de Calidad de FAISEM 2006-2010. Sin embargo, es posible encontrar el concepto de rehabilitación 8 veces y el de integración en 25 ocasiones. Ya hemos visto en los capítulos anteriores como existen importantes diferencias entre los tres conceptos.

En mi opinión, y como resumen de este pequeño análisis organizacional, debido a la ambigüedad que todavía existe en la estructura de esta organización se pueden advertir algunas dimensiones que se encuentran en tensión. Tensión, que por otra parte, no debe ser contemplada como una amenaza, sino como una consecuencia lógica del crecimiento institucional. A continuación apunto brevemente algunas dimensiones esenciales a nivel ideológico, institucional e interpersonal que intuyo idiosincrásicas de FAISEM, que son posible observarlas en las casas hogares y que pueden tener alguna influencia directa o indirecta en los usuarios que residen en este recurso. Sobre algunas de estas tensiones volveremos más tarde en la parte empírica correspondiente al análisis de las interacciones monitor-usuario.

➤ **Dimensión ideológica-histórica (macro social)**

- Aspectos éticos-políticos de la reforma psiquiátrica (no sólo científicos).

➤ **Dimensión Institucional (organizacional)**

- Definición como Fundación Pública (Tensiones entre el eje Público-Privado).
- Definición profesional en construcción.
- Tensiones en el eje Sanitario-Social.
- Características sociales de los profesionales que trabajan en las Casas Hogares.

➤ **Dimensión interpersonal (micro social)**

- Conjunto de profesionales sin recursos semióticos que homogenicen las interacciones con los usuarios. Falta de un perfil académico riguroso.
- Ningún instrumento sanitario a disposición de los profesionales (medicación, autoridad médica).
- Visión de la institución del profesional como “un sustituto de la familia”.

Procedo a continuación a describir los programas de atención social específicos para personas con enfermedad mental puestos en marcha por FAISEM. Me extenderé especialmente en el área residencial porque las Casas Hogares pertenecen a ésta.

1. *Área residencial*: Se define como el conjunto de actividades y recursos orientados a favorecer la permanencia y participación activa en la vida social, de personas con discapacidades derivadas del padecimiento de enfermedades mentales, a través de la cobertura de una serie de necesidades básicas de la vida cotidiana como son:

- La vivienda,
- la manutención,
- determinados cuidados básicos (aseo, autocuidados, medicación, organización cotidiana, etc.),
- y las relaciones interpersonales significativas.

Según el Documento de Trabajo N° 1 Criterios para el Desarrollo del Programa Residencial (2ª edición, 2005, página 4) los objetivos y características de los recursos residenciales son los siguientes:

- “El objetivo general de maximizar la autonomía personal y fomentar el papel activo de las personas atendidas (voluntariedad, intervención en la elección del alojamiento, participación en actividades, etc.)”,
- “su alcance, que, al igual que otros programas de servicios sociales, no va más allá de la sustitución de algunas funciones tradicionalmente asumidas por la familia”,
- “la preferencia por utilizar recursos no específicos siempre que sea posible, empleando los específicamente destinados a personas con trastornos mentales

cuando los otros no existan, o no se adecuen a las necesidades concretas de aquellos”,

- “y, la necesidad de colaboración con la red de atención sanitaria, incluyendo sus prestaciones dentro de un plan global de atención, individualizado para cada usuario”.

En definitiva, su finalidad es proveer alojamientos con distinto nivel de supervisión y apoyo a las personas que, en razón de padecer o haber padecido una enfermedad mental grave, tienen dificultades para vivir de manera independiente (Documento de trabajo núm. 1, Criterios para el desarrollo del programa residencial. Departamento de Evaluación y Programas. FAISEM):

- Programas de apoyo en el domicilio propio o familiar.
- Plazas en Residencias generales, a partir de convenios entre éstas (Residencias de Mayores y Centros para personas con deficiencia mental) y la Fundación.
- Viviendas supervisadas, pisos para menos de 10 personas, cuyo nivel de autonomía personal no exige la presencia de personal de apoyo de manera permanente.
- Casas-hogar, alojamientos asistidos para pacientes más dependientes, dotadas para que residan en torno a 20 personas, que requieren la presencia de personal permanentemente.

Como se puede observar en la figura 4.2 las CH se han convertido en el periodo 1994-2005 en los recursos fundamentales a los cuales se les ha dedicado la mayor parte del presupuesto (Documento de trabajo núm. 1, Criterios para el desarrollo del programa residencial. Departamento de Evaluación y Programas. FAISEM). Es apreciable este ascenso, en los últimos datos del 2008 los cuales registran la existencia de 47 “CH” en toda Andalucía con 742 plazas (<http://www.faisem.es/pagina.asp?id=84>). Y mientras el número de plazas en residencias sufre un importante descenso, los usuarios atendidos por el servicio de apoyo domiciliario han aumentado notablemente. El criterio de “continuum residencial”, es decir la existencia de una serie de recursos residenciales con una

supervisión creciente, desde pensiones conveniadas, pasando por pisos supervisadas, hasta “CH”, ha sido el eje a través del cual se articulaba todo el sistema. Sin embargo, a partir de los últimos años, este criterio se ha empezado a compatibilizar con el modelo de “apoyo”. Éste presta especial atención a nuevas intervenciones que se sustentan en programas de apoyo domiciliario con equipos flexibles de profesionales que trabajan directamente en la comunidad (ver Tabla 4.1). Es también reseñable que el tipo de paciente que reside en las citadas Casas Hogares está cambiando rápidamente de perfil. El paciente de más de 40 años con un alto grado de institucionalización y con síntomas generalmente de tipo negativo, está siendo sustituido por pacientes de entre 25 y 40 años, provenientes de la comunidad, con síntomas positivos y expectativas sociales y, en muchos casos, problemas con las drogas. Este nuevo perfil requiere, sin lugar a dudas, nuevas habilidades por parte de los profesionales y nuevas respuestas institucionales (Documento de trabajo núm. 1, Criterios para el desarrollo del programa residencial. Departamento de Evaluación y Programas. FAISEM).

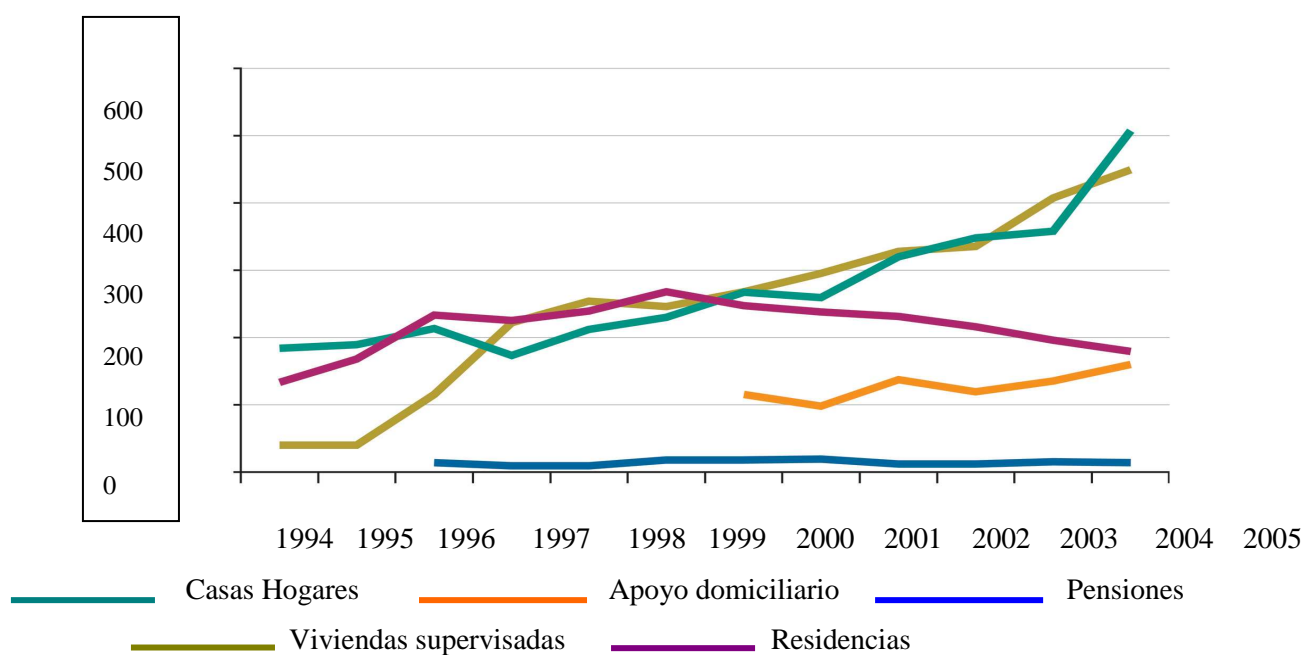


Figura 4.2. Programa residencial. Evolución del número de plazas. 1994-2005.

Tabla 4.1 Características básicas de dos modelos alternativos de programas residenciales. Obtenido de M. López Álvarez; L. Lara Palma; M. Laviana Cueto y cols. (2004).

MODELO DE <i>CONTINUUM</i> RESIDENCIAL <i>LINEAR CONTINUUM</i>	MODELO DE APOYO RESIDENCIAL <i>SUPPORTED HOUSING</i>
— Contexto residencial de tratamiento	— Hogar
— Indicación	— Elección
— Rol de cliente o usuario	— Roles normales
— Control por el personal	— Control del hogar por el cliente
— Agrupación por discapacidad	— Integración social
— Contextos preparatorios y de transición	— Aprendizaje en el mundo real en contextos permanentes
— Niveles de servicio estandarizados	— Servicios y apoyos flexibles e individualizados
— Entorno con las menores restricciones posibles	— Entorno lo más facilitador posible
— Independencia	— Apoyos de larga duración

* Modificado de Lehman y Newman¹⁰.

2. *Área ocupacional*: Su finalidad es proporcionar espacios para actividades ocupacionales, que faciliten la rehabilitación, resocialización y entrenamiento prelaboral de personas con enfermedad mental severa. Para ello se dispone de talleres y centros ocupacionales, en los que se realizan distintos tipos de actividades no remuneradas.

3. *Área laboral*: Su finalidad es favorecer el acceso y mantenimiento en un puesto de trabajo a personas que, al padecer o haber padecido, una enfermedad mental grave, tienen dificultades específicas para ello. Con ese objetivo se desarrollan tres tipos de actividades:
 - Cursos y proyectos de formación profesional, destinados a favorecer la adquisición de conocimientos y habilidades profesionales en distintos sectores productivos
 - Creación de puestos de trabajo en Empresas Sociales, como forma de facilitar empleo remunerado y estable a personas con muchas dificultades de acceso al empleo ordinario. A tal fin se han creado en Andalucía 8 Empresas

(una en cada provincia), que tienen la calificación de Centros Especiales de Empleo.

- Apoyo al empleo en Empresas ordinarias, actividad con muchas dificultades en una sociedad como la nuestra (con una tasa de desempleo general bastante elevada e importantes prejuicios con respecto a la posibilidad de trabajar de estas personas), que se está empezando a poner en marcha en la actualidad.
4. *Área de fomento de relaciones sociales:* Tiene como objetivo favorecer las relaciones interpersonales y el empleo del tiempo libre para personas con este tipo de problemas, a través fundamentalmente de dos tipos de actividades:
- Clubes Sociales, conveniados en su mayoría con las diferentes Asociaciones de Familiares y Allegados de Enfermos Mentales
 - Programas de vacaciones a través tanto de la oferta de utilización de las Residencias de Tiempo Libre realizada por la Consejería de Empleo y Desarrollo Tecnológico, como con la organización de actividades esporádicas financiadas, en parte, con la aportación de los propios usuarios y/o ingresos económicos obtenidos en los Talleres Ocupacionales.
5. *Área de apoyo al movimiento asociativo:* En este área se colabora con Asociaciones de Familiares y Usuarios, contribuyendo a la financiación de actividades desarrolladas por las mismas
6. *Área de promoción de instituciones de tutela:* Del mismo modo se pretende impulsar y se colabora con distintas Instituciones que tienen como objetivo facilitar la tutela de aquellas personas legalmente incapacitadas, en razón de padecer una enfermedad mental grave, y que no disponen de nadie en su entorno próximo que pueda o quiera ejercer dicha función.

Todos los programas mencionados se desarrollan en coordinación con la red de servicios de salud mental del Servicio Andaluz de Salud, desde los que se establece la derivación de las personas que necesitan alguna intervención o recurso de apoyo social, a la vez que mantienen la atención sanitaria necesaria en cada caso. Para la coordinación de estos aspectos funcionan 8 Comisiones Provinciales de Coordinación con

participación de Servicios Sanitarios, FAISEM y Servicios Sociales, así como una Comisión Autónoma de idéntica composición.

A continuación describiré algunas características de las CH. Posteriormente trataré de señalar los principales rasgos del grupo de profesionales que trabajan dentro de las Casas Hogares: los monitores. Y por último, especificaré cuáles son las actividades diarias de usuarios y monitores más importantes.

Cada CH provee de alojamiento a entre 16 y 20 usuarios diagnosticados de TMG, en la gran mayoría, un 89%, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Las CH se sitúan en lugares céntricos, cercanas a los recursos sanitarios y sociales comunitarios. Esto quiere decir que las relaciones sociales con el entorno más cercano son muy importantes. Es decir, bares, tiendas, vecinos, parques más cercanos, etc. Los usuarios reciben atención 24 horas de un colectivo de aproximadamente 14 profesionales divididos en turnos de entre 2 y 4 personas. Es un rasgo fundamental el hecho de que los profesionales no disfrutaran de una experiencia laboral y una formación académica homogénea. El requisito mínimo académico para ser monitor es poseer el grado de Formación profesional de primer grado desde la aprobación del convenio colectivo 2003-2006. Requisito que sigue vigente en el convenio colectivo actual. En los procesos selectivos la experiencia con poblaciones de carácter marginal en ámbito sociales es muy bien considerada. Es posible encontrar profesionales con formación académica básica que fueron contratados antes de la aprobación del citado requisito. Esta heterogeneidad profesional se intenta reducir por medio de programas formativos internos. Por ejemplo, entre 2004 y 2005 un número de monitores residenciales que ascendía a 356 recibieron una formación de 45 horas sobre aspectos relacionados con salud mental y calidad de los cuidados. Además, la institución es consciente de esta heterogeneidad en el análisis interno que podemos encontrar en el Plan de Calidad 2006-2010. En éste se señala como una vulnerabilidad “la escasa definición de perfiles profesionales en atención social y de cuidados residenciales” y “la escasa formación especializada del personal asistencial”. Las CH son dispositivos abiertos. Es decir, aunque los monitores pueden usar distintas estrategias para impedir que usuarios descompensados salgan de la CH, legalmente éstos no tienen ninguna potestad y en última instancia se debe permitir a los usuarios abandonar las CH. Todavía, la mayoría de los usuarios de las CH provienen de otras instituciones sanitarias y sociales, en el

2001 aproximadamente el 57,6%. Aunque este porcentaje está decreciendo, mientras que los usuarios que provienen de su entorno vital, casa con la familia o casa propia, está aumentando. La mayoría de los usuarios reciben tratamiento farmacológico el 91.7%, mientras los que disfrutan tratamiento psicosocial es sólo el 38.1% según datos del año 2001.

Ahora nos detendremos en las características del grupo de monitores y en el tipo de trabajo diario que éstos realizan con los usuarios en las CH. El programa residencial constaba a 31 de diciembre del 2005 con 399 monitores residenciales, incluyendo los que trabajan en viviendas supervisadas, 26 responsables de recurso y 5 responsables de programas provinciales (Plan de Calidad 2006-2010). Más del 60% de este personal es femenino. No se disponen de datos demográficos y sociológicos objetivos sobre esta población. Sin embargo, es posible diferenciar, a partir de mi experiencia, entre distintos grupos de trabajadores. Un primer grupo de personas con trabajos paralelos u otros ingresos importantes en la familia, de modo que los ingresos recibidos en FAISEM no son los únicos ni en muchos casos los más importantes. Hay que señalar que el trabajo a turnos de forma estable permite trabajar en otros puestos de forma paralela. El sueldo de un monitor residencial medio en el año 2006 se encontraba en torno a los 950 euros. El segundo tipo de monitores consisten en personas jóvenes, los cuáles todavía se encuentran en formación ya sea universitaria, profesional u opositando. La mayoría de ellos viviendo en domicilio familiar y con perspectiva de cambio a corto, medio plazo. Y, por último, un grupo de heroicos empleados para los cuáles el trabajo en FAISEM es el principal y que no tienen perspectiva de cambio a corto o medio plazo.

Según la “Evaluación de Riesgos y condiciones laborales FAISEM-Sevilla” (2002) realizada por el Comité de Empresa de Sevilla al 60% de los monitores de Sevilla, de éstos el 99% se sienten apoyados por la empresa u otras instituciones sólo “a veces” o “nunca”. Un porcentaje similar de monitores responde que sólo “a veces” o “nunca” se siente valorado por otros profesionales de salud mental. Aunque estos resultados hay que manejarlos con cautela porque dichos estudios se realizaron en un momento de conflictividad laboral, estos datos junto con la heterogeneidad en la formación y los grupos sociológicos apuntados anteriormente señalan a la misma dirección: un colectivo laboral con una identidad profesional en construcción. Bien es cierto, que a partir del año 2000 la dirección de la empresa y el Comité de Empresa elegido ese año impulsaron un proceso de profesionalización mediante un trabajo

conjunto, no ausente de conflictos, en la especificaciones de los procesos selectivos, formación, promoción y concreción de funciones que todavía perdura.

Los monitores conviven en los mismos espacios con los usuarios durante su tiempo de trabajo. Turnos de 7 horas de mañana, 7 horas de tarde y 10 de noche. En la organización a turnos antigua era posible trabajar hasta 24 horas seguidas los fines de semanas. Con excepción de un despacho para monitores a la cual los usuarios tienen acceso habitual no hay un espacio exclusivo para monitores tal como ocurre en otros recursos socio-sanitarios de salud mental. El turno de mañana comienza con la lectura de las incidencias de días anteriores y continúa con la acción de despertar a los usuarios, la supervisión y el apoyo en la auto-higiene y la preparación del desayuno, en el cual un par de usuarios, según un cuadrante de tareas, deben participar. El núcleo del trabajo del turno de la mañana lo ocupa la gestión de las múltiples consultas sanitarias y las visitas de los usuarios a recursos de salud mental: consultas ambulatorias, al equipo de salud mental, hospitales, inyectables, etc. En una parte importante de estas consultas se acompaña al usuario y se toma contacto con los profesionales de salud que los atienden. En el turno de la mañana hay poco tiempo para interactuar con los usuarios fuera de estos formatos en ámbitos clínicos. También hay tareas de corte administrativo como ajustar las cuentas de los recursos económicos que los usuarios tienen para sus gastos diarios y que los monitores entregan proporcionalmente cada día a los usuarios. Asimismo, se acompaña y se entrena a los usuarios a realizar gestiones en los bancos, acudir a los supermercados o hacer compras. La distribución del tabaco para los usuarios que no pueden controlar su adicción también es una tarea importante, más aún cuando el control del tabaco es uno de los métodos más comunes para castigar o premiar conductas. El turno de la mañana termina con el almuerzo. La toma de medicación también es un momento importante en cada comida y desayuno ya que algunos usuarios pueden ser refractarios a ésta.

En el turno de tarde hay más posibilidades de interacción con los usuarios, por ejemplo ver la televisión, jugar al domino, distintos talleres, tomar café, salidas de ocio, etc. Respecto al diseño de actividades de ocio desde el año 2004 hay una persona dedicada a ello y se puede decir que han disfrutado de una importante mejora en los últimos años. Las actividades del turno de noche consisten en la supervisión de la retirada de los usuarios a sus dormitorios, preparar la medicación para el día siguiente, y estar vigilante a problemas de sueño y conductas extrañas o sintomáticas durante la

noche. Las actividades anteriormente descritas son las normales. Sin embargo, el apoyo emocional en situaciones vitales difíciles, intervención en crisis, y control de estrés son al mismo tiempo actividades profesionales frecuentes. En algunas ocasiones incluso los monitores se han debido de enfrentar a intentos de suicidios. Algunas de estas actividades las describiremos con mucho detenimiento en la Parte Empírica B, aquí ofrezco sólo algunos datos procedentes de la “Evaluación de Riesgos y condiciones laborales FAISEM-Sevilla” (2002) realizada por el Comité de Empresa. El 44% de los monitores participantes en la citada investigación afirma haber recibido alguna agresión física en el año 2000. El 88% de éstas se categorizaban como leves o moderadas. En relación con las interposiciones físicas entre dos usuarios en conflictos grupales el 44% de los monitores afirman que lo hicieron más de 6 veces en el citado año, un 22% de 4 a 6, un 33% de 1 a 3 veces y ningún monitor declaró que nunca lo había hecho. Todos estos datos muestran que los monitores deben hacer frente, en algunas ocasiones, a situaciones alejadas de la supervisión y el apoyo en las actividades diarias en las CH. Como por otra parte es lógico si tenemos en cuenta la población con la cual se trabaja.

Todas estas características de las CH conforman un escenario muy específico y distinguible de cualquier otro paralelo en el cual participe el usuario, como cualquier taller laboral, o pasado, por ejemplo su entorno familiar. Hay que señalar que el 80% del día los usuarios pasan su tiempo dentro del escenario de las CH, por lo que sin lugar a dudas es el escenario más importante y esencial para los usuarios. Esta especificidad es observable a nivel teórico en la dificultad por situar las CH en algunos de los modelos residenciales que los expertos han conceptualizados. Dorvil, Morin, Beaulieu, y Robert, (2005) apuntan dos modelos residenciales: “supportive housing model” y el “supported model”. Las CH no pueden encuadrarse perfectamente en ninguno de los dos. Las CH muestran características de “supportive housing model”. Por ejemplo, las CH son escenarios en los cuales las rutinas diarias de los residentes son supervisadas por el equipo de profesionales. También los residentes comparten un número importante de áreas comunes. Por lo tanto, podemos decir que este modelo residencial implica la formación de un “group of life”. Sin embargo, también podemos encontrar características que corresponden a un “supported model”. De acuerdo con este modelo, existe una clara distinción entre el programa residencial y el tratamiento clínico o rehabilitador y además se promueven espacios privados para los residentes, por ejemplo, habitaciones individuales o pequeños salones para la reunión de los usuarios.

En estos últimos apartados he defendido que los escenarios de actividad privilegian el uso de géneros discursivos determinados, entre otras herramientas semióticas, y por lo tanto dan forma a nuestra memoria autobiográfica y a nuestras narrativas. También he justificado la consideración de las CH como un escenario de actividad socio-cultural empíricamente definible e identificable. De todo ello se deriva que podríamos razonablemente esperar algunas diferencias en las narrativas de usuarios de larga duración y narrativas de corta duración dependiendo de su grado de exposición y participación en el escenario de las “Casas Hogares”.

4.2 HACIENDO COMPATIBLE LO CUANTITATIVO Y LO CUALITATIVO: ANÁLISIS DE CONTENIDO, DE LA ESTRUCTURA Y DE LOS POSICIONAMIENTOS SOCIALES

En el anterior apartado defendí el escenario de actividad de las CH como factor explicativo, es decir, en términos experimentales como variable independiente. En este apartado introduciré cuáles son las áreas y criterios de análisis para estudiar las narrativas de vida de los usuarios (Parte Empírica A) y para explorar las interacciones entre monitores y usuarios (Parte Empírica B).

El presente trabajo, a pesar del sencillo análisis estadístico que presenta, es una investigación de carácter principalmente cualitativo. La búsqueda de unidades de análisis fiables, la construcción de categorías identificables o, como hicimos nosotros, el uso de instrumentos estadísticos para guiar el análisis, no sólo es beneficioso, sino que a veces imprescindible. Sin embargo, negar la naturaleza hermenéutica de nuestro trabajo es desconocer la realidad del mundo social.

Para empezar nosotros no hemos podido, como resulta evidente, aplicar nuestro factor explicativo (Tiempo en las CH) de forma aleatoria bajo un paradigma experimental. Pero tampoco seleccionar con total libertad los sujetos para poder igualar completamente las variables extrañas. En última instancia nos encontramos sujetos a la aceptación de los usuarios de las condiciones de la investigación y a las características de aquellos que residían en los recursos en el momento de la investigación. Seguidamente, en la recogida de los datos, el investigador ha participado como interlocutor en el proceso de construcción de la narración vital y aunque haya sido el

mismo en todas las entrevistas y haya utilizado un mismo formato de entrevista, no es posible descartar que haya presentado una conducta diferencial. Por lo tanto, es necesario analizar la interacción investigador-entrevistado. Para terminar, hemos debido encontrar una unidad de análisis, un sistema de categorías y un procedimiento de cuantificación dentro de la corriente indiferenciada del discurso.

Sin embargo, algunos de estos rasgos de la investigación que desde una perspectiva estrictamente experimental pueden ser entendidos como importantes hándicaps, desde una orientación investigadora que persiga profundizar en las experiencias subjetivas de los usuarios y que defienda la validez ecológica como un requisito imprescindible se convierten en posibles ventajas. Como hemos dicho en distintos momentos, los aspectos subjetivos se han convertido en un objetivo de análisis prioritario en las investigaciones en el paradigma de la atención comunitaria y la salud pública (López, García-Cubillana y cols., 2005). La persona con TMG se encuentra en el centro del sistema sanitario y esto significa valorar su capacidad de opinar. En mi opinión la investigación narrativa supone otorgar la libertad máxima al paciente y ofrecerle un espacio de confianza y apoderamiento para expresar con libertad, lejos de un marco de actividad clínico o burocrático (encuesta, entrevista estructurada, exploración clínica, etcétera), sus miedos, expectativas... en definitiva la visión de su realidad con sus propios términos. Reproducimos a continuación un extracto de un artículo de estos mismos autores, López, García-Cubillana y cols. (2005a). Este texto expresa exactamente nuestra postura:

Ni las incertidumbres teóricas ni las dificultades e insuficiencias de la metodología disponible pueden excluir el tema de un intento de análisis, y ello no sólo por razones ideológicas (en realidad, de apuesta por determinados valores éticos y políticos), sino porque éstas también coinciden con la constatación empírica de la pertinencia y utilidad de las valoraciones subjetivas, realizadas por personas con enfermedades mentales graves, y relativas, tanto a distintos aspectos de su situación, como al funcionamiento concreto de los programas puestos en juego para ayudarles a mejorarla (López, García-Cubillana y cols, 2005^a; página 58).

Comenzaré por introducir metodológicamente mi estudio empírico A. El análisis de las narrativas de vida de las 18 entrevistas a usuarios se inició con un análisis de los

contenidos de éstas, teniendo en cuenta los contenidos delusivos o los problemas de cohesión de las narrativas. En el Capítulo 1.4 desarrollábamos los conceptos de cohesión y coherencia. Como recordarán el término de cohesión hace referencia a la organización del discurso a nivel local. Es decir, concordancia entre elementos de una oración, corrección semántica y sintáctica, falta o excesiva redundancia, problemas con las referencias, etc. Para estos análisis, que aparecen en la figura 4.3 en los cuadros 1 y 2, se opta por una perspectiva cuantitativa. Es decir, se construye un sistema de categorías, que se expondrá en la parte empírica A, para obtener sus frecuencias. Algunas de estas categorías sociales han sido seleccionadas a priori a partir de la literatura y otras añadidas a partir de un primer análisis de las entrevistas.

El análisis de los temas que forman parte de las narrativas tiene el objetivo de determinar las experiencias personales que selecciona el usuario para construir su relato. Entre otras cuestiones, considero que es necesario tener en cuenta si un usuario selecciona principalmente episodios familiares o si no incluye, por ejemplo, experiencias en la Casa Hogar donde reside. La recuperación y selección de episodios es una de las tareas esenciales en la construcción de una narración de vida. El análisis de contenidos o referencial semántico tiene una larga tradición como una disciplina dentro de las ciencias sociales (Bardin, 1986). Entre las distintas posibilidades de análisis he elegido un acercamiento cuantitativo mediante la obtención de las frecuencias de los contenidos en las narrativas. Este análisis cuantitativo nos permitirá construir un mapa de contenidos y pondrá a nuestro alcance el uso de algunos instrumentos estadísticos. El análisis de contenidos supone un primer paso para el estudio de la construcción de la identidad de los usuarios, pero en ningún caso podemos situar al mismo nivel el análisis de contenidos con el estudio de la identidad de los usuarios en las narrativas en cuestión. Tal como remarqué en los apartados 1.2 y 1.3, el estudio de la identidad requiere un análisis cualitativo profundo de los contenidos y deber incluir aspectos conversacionales y discursivos. En nuestro trabajo de investigación el análisis de contenidos nos ayudará a realizar el microanálisis de las narrativas mediante el estudio de los posicionamientos sociales de los participantes de la entrevista, investigador y usuario. La unidad de medida para el análisis del contenido será la microestructura (Villegas, 1993; Smorti y cols., 2008). El objetivo de dividir las narraciones de los usuarios en microestructuras es obtener una unidad de medida lo suficientemente pequeña como para detectar todos los contenidos importantes dentro de la narración del

sujeto. Una microestructura sólo puede ser agrupada dentro de una de las categorías de análisis. Podemos definir las microestructuras como las unidades lingüísticas independientes (sintácticas y semánticamente) más pequeñas. Así, las microestructuras podrían definirse como proposiciones con independencia sintáctica y semántica. Es decir, incluyen sujeto y predicado y no necesitan de otras proposiciones para completar su significado. En el capítulo correspondiente a la parte empírica A describiremos con más profundidad el proceso de división de las narrativas en microestructuras.

Si seguimos la figura 4.3, en el cuadro 3 nos encontramos con el análisis de la estructura. Con este análisis se contabilizan en las narrativas de los usuarios una serie de elementos lingüísticos esenciales en la construcción del discurso. Este análisis se lleva a cabo mediante un software diseñado para la contabilización de estos elementos lingüísticos. En concreto utilizo el sistema LIWC “Linguistic Inquiry and Word Count” (Pennebaker, Francis y Booth, 2001). Este software se compone de varios diccionarios que contabilizan palabras ordenadas en diferentes categorías, como por ejemplo “pronombres en primera persona” o “preposiciones”. Además, se pueden añadir diccionarios específicos para análisis particulares. En la parte empírica A describiremos cuál fue el uso en concreto de este instrumento en nuestro caso y las categorías de análisis que tuvimos en cuenta. La idea en la que se sustentó la construcción de este instrumento informático es que el uso de diversos elementos lingüísticos y palabras de contenido emocional refleja la salud física y mental de los sujetos (Pennebaker, y King, 1999). Desde nuestra perspectiva teórica, podemos decir, por ejemplo, que el uso de conectores causales y adversativos es imprescindible para dotar de coherencia a un texto y para conectar distintos posicionamientos sociales del autor.

Los análisis del contenido y estructura, que se reflejan en los cuadros 1, 2 y 3 de la figura 4.3, se integrarán en un análisis cualitativo final: análisis de posicionamientos (cuadro 4). Para el análisis de los posicionamientos sociales de los monitores y usuarios se tomará como unidad de medida el enunciado. Denominada por Bakhtín (1986) “unidad real de comunicación”, el enunciado, a diferencia de otras unidades fundamentales de análisis como la palabra, la oración o la microestructura, no es abstraído de su uso concreto, por lo cual puede servir para el análisis de las interacciones entre seres humanos. El análisis del enunciado requiere participación de distintas disciplinas y niveles de análisis. Según este autor tienen tres propiedades fundamentales: límites, finalización y forma genérica. A pesar de la variedad estructural

y de contenido que puedan ofrecer los enunciados todos tienen unos marcados límites. El límite de un determinado enunciado está señalado por el cambio de los sujetos hablantes, o lo que es lo mismo, por el cambio de emisor. El comienzo y el final del enunciado son absolutos y está precedido y seguido por los enunciados de los otros. Por lo tanto, el límite de un enunciado está marcado por el cambio del sujeto hablante. La forma genérica tiene relación con el contenido semántico, aunque no sólo con éste, porque los aspectos paralingüísticos y no verbales también deben tenerse en cuenta. El contenido semántico referencial dependerá de los otros enunciados. Este contenido referencial puede clasificarse según diversos criterios. Por ejemplo, según existan relaciones indicativas extra o intralingüísticas, o la existencia de objetos lingüísticos o no. Una característica esencial de los enunciados para Bakhtín es su carácter dialógico. Es decir, aunque el emisor de un enunciado sea una persona, todos los enunciados remiten a otros enunciados emitidos anteriormente y apuntan a un destinatario. Es más, es posible rastrear en todos los enunciados la autoría, la voz, de otros agentes diferentes al emisor actual. Esta propiedad se relaciona con varias de las características de las narrativas apuntadas en capítulos posteriores y con el marcado carácter social de todas las herramientas semióticas. El enunciado es la unidad de análisis cualitativa básica. El enunciado es, sin lugar a dudas, por todo lo anterior, la mejor unidad de análisis para explorar los posicionamientos sociales de monitores y usuarios.

A continuación argumentaré mi decisión de estudiar las interacciones entre monitores y usuarios en el estudio empírico B. Ya he afirmado que las interacciones entre los participantes dentro de un escenario de actividad es esencial para comprenderlo. Concibo una interacción como el intercambio verbal y no verbal entre individuos (por ejemplo, la conversación, el diálogo, etc.). La interacción social incluye gestos, miradas, disposición corporal, etc. Es decir, no se reduce a los aspectos lingüísticos. Además, puede darse entre dos personas o un grupo de éstas. Me intereso en las interacciones entre monitores y usuarios que pueden ser denominadas como interacciones cara a cara, o lo que es lo mismo, estudio interacciones en grupo, pero siempre y cuando los enunciados se dirijan en la mayoría de los casos a sujetos concretos. De este modo desestimamos los grupos de grandes dimensiones, en los cuales el monitor dirija los enunciados al conjunto de usuarios. Como vimos en el apartado anterior, este espacio relacional (interacción cara a cara) puede concebirse como el lugar donde se construyen o manifiestan las formas sociales, cognitivas y

lingüísticas y en el cual se ratifica y transforma el lazo social. Un análisis centrado en las interacciones humanas reconduce el foco de atención desde la representación de la referencia hacía el establecimiento de la intersubjetividad y, por lo tanto, la construcción de definiciones públicas de la realidad o del mundo de vida conectadas a las acciones en el contexto de los interlocutores. Una perspectiva interaccional concibe el orden social como una negociación permanente de valores, saberes, normas y creencias. La interacción social se convierte de este modo en el elemento básico del proceso de socialización e interviene directamente en la estructuración de las formas más complejas de organización social. Una perspectiva interaccional posibilita, así, que las formas, los objetos, las relaciones y las categorías sean analizados en un proceso de continua elaboración y subversión.

La exploración de estas interacciones se aborda mediante una entrevista semiestructurada a 10 monitores expertos. A éstos se les pide una descripción en profundidad de tres interacciones con usuarios, una muy frecuente, otra habitual y por último una muy rara. Mediante esta entrevista obtenemos los formatos interactivos más frecuentes, es decir, los tipos de interacciones entre monitores y usuarios que podemos encontrar categorizados según las metas de las personas que interactúan, el contexto espacio-temporal, carga emocional, los géneros discursivos, etcétera, (cuadro 5, figura 4.3). Por último, analizo en profundidad las entrevistas, al igual que las entrevistas a usuarios, mediante un análisis de los posicionamientos sociales de los monitores (Bamberg 1997; Lucius-Hoene, 2000, 2002) (cuadro 6). Describimos este tipo de análisis en el apartado 1.3. En definitiva, analizo qué elementos lingüísticos, para-lingüísticos y no verbales utilizan los monitores para posicionarse frente al entrevistador y frente a los usuarios durante la entrevista. El objetivo de este estudio es rastrear los recursos lingüísticos y los rasgos que hallamos en las narrativas de los usuarios de larga estancia en las “Casas Hogares” dentro de las interacciones de los usuarios con los profesionales.

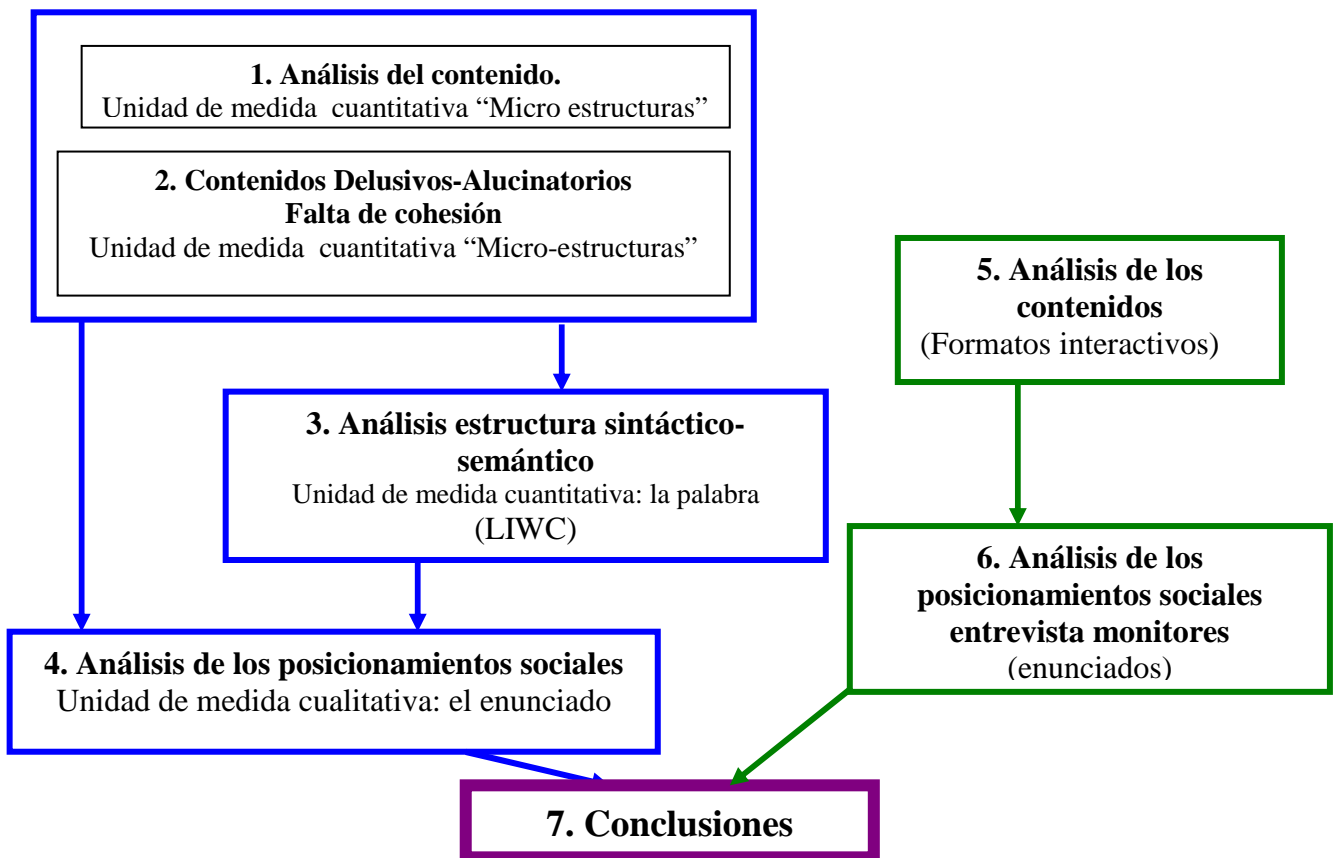
La observación directa de las interacciones hubiera sido una posibilidad de obtención de datos. Sin embargo, esta metodología presenta dos problemas. Por una parte existen problemas de carácter ético y prácticos para entrar con una cámara en estos recursos. Por otra parte, una observación directa en exclusiva nos privaría de poder analizar los significados de las interacciones, en este caso, para los monitores. Y ya

hemos visto que desde una perspectiva socio-cultural los significados que se otorgan a las acciones y con los cuales se define el escenario son esenciales.

Por último, en las conclusiones, cuadro número 7 de la figura 4.3, que hemos utilizado como mapa de mi descripción, conectaré los resultados de las partes empíricas A y B. Intentaré identificar los nuevos elementos que hemos encontrado en las narrativas de los usuarios de larga estancia en los género discursivos y conversacionales predominantes en las interacciones entre los monitores y usuarios.

Con este capítulo terminan los capítulos teóricos de la tesis. A continuación se comenzará con el estudio empírico A. Se analizarán las entrevistas narrativas de 18 usuarios clasificados en dos grupos de nueve personas: un grupo de larga estancia en las “Casas Hogares” y otro de corta estancia en las mismas.

Figura 4.3. Esquema de los dos estudios empíricos realizados en la tesis. Cuadros azules: entrevistas a usuarios. Cuadros verdes: entrevistas a monitores.



CAPÍTULO 5

ESTUDIO EMPÍRICO A: EXPLORANDO DIFERENCIAS ENTRE NARRATIVAS DE VIDA DE USUARIOS DE CORTA Y LARGA ESTANCIA

5.1 MÉTODO

En este apartado describiremos, en primer lugar, los participantes en la investigación. Seguidamente explicitaremos el diseño y los objetivos del estudio empírico, aunque ya hemos informado de ello anteriormente en distintos apartados. En el apartado de procedimiento detallaremos el proceso seguido para realizar la investigación. Por último, describiremos detenidamente nuestros sistemas de categorías.

5.1.1 Participantes en la Investigación

Los participantes en la investigación fueron seleccionados a partir de la base de datos de FAISEM y tras reuniones con los responsables de los centros donde residían los usuarios. Los criterios de selección fueron los siguientes en orden de prioridad: Tiempo de estancia en la casa hogar, diagnóstico, sexo, nivel educativo-experiencia profesional, edad, años de evolución de la enfermedad. Aplicamos cuatro criterios de exclusión para los participantes: Padecimiento de alguna enfermedad neurológica u adicción, ausencia de diagnóstico de algún subtipo de esquizofrenia, ingreso en unidad de psiquiatría hospitalaria en los últimos seis meses y descompensación psicótica u comportamiento anormal en la última semana según los directores de las CH y sus profesionales. En total fueron seleccionados 26 usuarios en CH de Sevilla y su provincia. De éstos, dos usuarios fueron descartados después de contactar con los responsables de su centro. Uno de ellos por padecer un problema neurológico y otro por encontrarse en un estado sintomático especialmente florido en la última semana según el responsable de su CH. Se contactó, por lo tanto, con 24 usuarios en distintas CH. De este número dos usuarios denegaron su participación por distintos motivos. Así, se llegaron a iniciar 22 entrevistas. De este número cuatro entrevistas no se finalizaron.

Una de éstas por hiperactivación emocional de la usuaria, la cual solicitó, tras empezar a llorar, que se suspendiera la entrevista. La segunda entrevista no finalizada se canceló debido a los evidentes delirios paranoides, que incluían al investigador, que el usuario mostraba durante la entrevista. La tercera y cuarta entrevista fueron suspendidas ante la evidente falta de motivación de los usuarios por participar, a pesar de haber expresado explícitamente sus deseos de tomar parte en la investigación. Ante la posibilidad de que los usuarios se sintieran presionados por cualquier razón a participar se decidió cancelar las entrevistas.

Al final, se analizaron 18 entrevistas divididas en dos grupos de 9 participantes, cuatro mujeres y cinco hombres. Uno de éstos formados por usuarios de larga estancia y otro por usuarios de corta estancia. En las tablas 11 y 12 se muestran algunos datos de los participantes. Los datos personales, como es lógico, se han omitidos. A continuación describiré brevemente la muestra y proporcionaré los estadísticos descriptivos básicos. La estancia media en las CH de los 9 participantes de corta estancia (Grupo 1. G1) fue de 4 meses (desviación típica 2,04), mientras que la media del tiempo de estancia en el grupo de larga estancia (G2) fue de 70,111 meses (desv. 32,94). Como se puede apreciar la diferencia de tiempo de estancia media es de casi 6 años. Es lógico que la desviación típica de estancia en el G2 sea muy grande puesto que el criterio de selección requería un mínimo y no un máximo de estancia. Respecto a la edad media de los dos grupos no hay prácticamente diferencia. El G1 muestra una edad media de 44,777 (Desv. 5,62) años y el G2 de 44 años (desv. 11,33). El rango de edades del G1 es de 38 y 56, mientras que en el G2 es más amplio, 30-60. La media del año de comienzo de enfermedad para el G1 fue de 21,22 años (Desv. 3,96) y para el G2 de 18,55 años (Desv. 3,35). En relación al diagnóstico 6 participantes del G1 y 7 del G2 presentaban el diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Dos participantes del grupo de corta estancia padecían esquizofrenia hebefrénica. Un participante del G1 y 2 del G2 estaban diagnosticados de esquizofrenia residual. Dos usuarias del G1 tenían dos diagnósticos adicionales. Todos los usuarios eran tratados con antipsicóticos atípicos y acudían regularmente a los servicios psiquiátricos del servicio público de salud.

Acerca de la formación académica 4 participantes en el G1 tienen un nivel de estudios bajo. Es decir, habían cursado sólo estudios primarios o, incluso, no los habían terminado. Los cinco restantes participantes del grupo de corta estancia habían cursado al menos el bachillerato o disfrutaban de experiencia laboral formalizada. Entre éstos

encontramos un participante con formación universitaria, otro que terminó COU y un tercero que cursó el Bachillerato. En el G2 se observa la misma proporción, 4 participantes con nivel educativo bajo y 5 usuarios con nivel educativo alto o experiencia laboral formalizada. Respecto al estado civil, la mayoría de los participantes son solteros, en concreto 14 usuarios, aunque uno de éstos tenía pareja. Otro usuario estaba separado y tres se encontraban divorciados. Una de las usuarias divorciadas tenía pareja. Dos usuarias del G2 tenían hijos y un usuario y otra usuaria del G1 eran padres. Como se puede observar la mayoría de los usuarios provienen de su propio hogar donde vivían con sus familiares. Otro grupo importante procedían de instituciones sanitarias como comunidades terapéuticas y unidades de psiquiatría. Por último, un usuario arribó en la CH después de un periodo en la cárcel.

Tabla 5.1. Datos sociodemográficos de los participantes del grupo 1.

Participante	Sexo	Edad	Tiempo de estancia	Procedencia Estado civil	Diagnóstico	Nivel educativo	Edad de inicio enfermedad
1 (Grupo 1)	Mujer	38	3 meses	CT (Soltera)	Esq.Paranoide	Sin terminar EGB (Analfab)	16
2 (Grupo 1)	Hombre	42	1 mes	Hosp. Málaga. (Soltero)	Esq. Hebefrénica. Trast. Límite	Sin terminar EGB	18
3 (Grupo 1)	Hombre	47	3 m ½	USM-HG (1 año) (Separado 1 Hijo)	Esq. Pranoide.	Sin terminar EGB	23
4 (Grupo 1)	Hombre	41	1 mes 1/2 (La madre ha muerto hace poco. Respiro).	Domicilio de su madre (Soltero)	Esq.Paranoide	COU	20
5 (Grupo 1)	Hombre	39	6 meses	Piso propio Supervisión (Soltero)	Esq.Paranoide.	Diplomado Graduado Social	23
6 (Grupo 1)	Hombre	44	6 meses	Hogar con el padre. (Soltero)	Esq. Paranoide	Bachillerato	18
7 (Grupo 1)	Mujer	48	6 meses	Hogar con la madre. (Soltera)	Esq.Hebefrénica	Estudios primarios. Trabajó en Suiza	20
8 (Grupo 1)	Mujer	56	6 meses	Su casa sola. (Soltera)	Esq. Paranoide y trastorno afectivo.	Estudios Primarios	24
9 (Grupo 1)	Mujer	48	3 meses	Hogar con la made. Asistía a programa de día en Comunidad Terapéutica. (Divorciada 1 hija)	Esq. residual	Alto. 9 años en empresa textil	29

Tabla 5.2. Datos sociodemográficos del grupo 2.

Participante	Sexo	Edad	Tiempo de estancia	Procedencia Estado civil	Diagnóstico	Nivel educativo	Edad de inicio enfermedad
10 (Grupo 2)	Hombre	42	48 meses	Cárcel durante un año y medio. Piso asistido	Esq. Paranoide	Est. primarios	21
11 (Grupo 2)	Hombre	35	19 meses	Comunidad Terapéutica (CT)	Esq. Paranoide	FP2. Electrónica	21
12 (grupo 2)	Hombre	35	48 meses	CT	Esq. Paranoide	Est. Primarios sin concluir	16
13 (Grupo 2)	Mujer	36	96 meses	CT	Esq. Paranoide	Est. Primarios	14
14 (Grupo 2)	Hombre	44	48 meses	Hogar con la madre. (Soltero una hija)	Esq. Paranoide	Alto. Trabajó en la mina	19
15 (Grupo 2)	Mujer	30	72 meses	La Calle.	Esq. Paranoide	COU	13
16 (Grupo 2)	Mujer	59	120 meses	Hogar con su hermana. (Divorciada 1 hija)	Esq. Residual	FP enfermería. Trabajó en Hospital	20
17 (Grupo 2)	Mujer	60	108 meses	Hogar con su propia familia. (Divorciada, tres hijos)	Esq. Paranoide	Trabajó varios años un hospital.	22
18 (Grupo 2)	Hombre	55	72 meses	soltero	Esq. Residual	Estudios primarios sabe leer y escribir	21 año 1978 primer ingreso

5.1.2 Diseño

El criterio de tiempo de estancia corresponde al grado de exposición y participación de los usuarios en nuestro factor explicativo: el escenario sociocultural de actividad de la Casa Hogar. El resto de las características de los usuarios mostradas en el anterior apartado son consideradas variables extrañas las cuales, dentro del carácter exploratorio de la investigación y de la población de estudio, se igualaron lo máximo posible entre los grupos de mínima estancia en CH y máxima estancia en la CH. Como indicábamos en el capítulo anterior llevo a cabo dos tipos de análisis cuantitativo a las narrativas de los usuarios. Primero un análisis de contenidos, tomando como unidad de medida la microestructura, y segundo el análisis de la estructura, tomando como unidad de medida la palabra.

Tras los análisis cuantitativos se procederá al análisis cualitativo de los posicionamientos sociales de los usuarios durante la entrevista. Hemos expuesto este tipo de análisis en los capítulos I y IV. En este análisis se integrarán los resultados anteriores y se expondrán en el apartado de la discusión mediante la inclusión del análisis de extractos significativos de las entrevistas. El objetivo de este estudio empírico es explorar diferencias significativas, en términos cualitativos y cuantitativos, entre la forma de dar cuenta de la vida de los usuarios del primer y segundo grupo. Es decir, hallar diferencias en las narrativas de vida de los usuarios según su tiempo de estancia en las Casas Hogares.

A continuación describo en profundidad el procedimiento desarrollado en la investigación.

5.1.3 Procedimiento

En este apartado se describen la secuencia de trabajos, procedimientos e instrumentos informáticos y estadísticos utilizados durante la investigación de las narrativas de los usuarios. Empezaremos por describir las entrevistas a los usuarios, la posterior división en microestructuras y el procedimiento de análisis de los contenidos. También comentaremos el software utilizado para el análisis de la estructura y señalaremos qué análisis estadístico hemos llevado a cabo.

A) Realización de las entrevistas

El investigador se desplazó a las casas hogares para realizar las entrevistas. Por lo tanto, éstas tuvieron lugar en el contexto habitual de cada usuario. El investigador tomó contacto previo con el/la director/a de cada centro para asesorarse del estado en el que se encontraban los residentes y decidir sobre la conveniencia de la entrevista. En el caso de no existir problemas para la celebración de la entrevista, se avisaba previamente al usuario de la visita del entrevistador y se establecía una cita.

El entrevistador se presentaba como un antiguo monitor y como miembro de la universidad que en colaboración con FAISEM estaba desarrollando una investigación. Es importante advertir que el investigador, tras ocho años trabajando como monitor residencial, conocía a muchos de los profesionales y a bastantes usuarios. Aunque no había trabajado con ninguno de los usuarios entrevistados. Por lo tanto, el medio no le

era ajeno, se encontraba cómodo en éste y no resultaba una persona completamente extraña a los profesionales y usuarios. Seguidamente se informó al usuario sobre la investigación y el compromiso de confidencialidad. Se le explicó que el objetivo de la investigación era conocer de primera mano, no sólo a través de los informes técnicos, las experiencias, los motivos y las expectativas vitales importantes para las personas que residen en las CH, para así poder mejorar la atención que se les daba. Se le pidió colaboración y en caso de aceptación se le ofreció un documento firmado por el investigador en el cual se compromete a guardar el anonimato.

La entrevista se llevó a cabo en un espacio de la Casa Hogar lo más tranquilo posible. Para empezar se informó al usuario del uso de la grabadora. Es interesante que se le enseñe ésta al usuario e incluso se le explique el funcionamiento. No está de más que la coja entre sus manos. Para algunos sujetos la presencia de un aparato desconocido (como las modernas grabadoras digitales) puede ser perturbadora. Hay que tener en cuenta que algunos residentes pueden presentar síntomas de carácter paranoide, por lo cual es necesario cuidar estos aspectos.

Como bien señala Appel (2005), la entrevista narrativa se desarrolla en una pre-etapa y tres etapas. La pre-etapa consta de un diálogo sobre un tema cotidiano con la grabadora apagada. Un tema apropiado puede ser las características del barrio donde se encuentra la Casa Hogar, los medios de transportes o la calidad de las cafeterías cercanas a la Casa Hogar. Después de relajar la situación se puede comenzar la entrevista propiamente mediante la pregunta inicial. En nuestro caso la pregunta que elicitó la narración fue la siguiente: ¿podrías contarnos tu vida, todo aquello que creas importante para que podamos comprenderte? Como se puede observar es una pregunta lo más abierta posible. Tras esta pregunta comienza la primera etapa de la entrevista. Es decir, la narración del usuario. El investigador debe guardar silencio y esperar el final de la intervención del usuario y al mismo tiempo mostrar atención y enviar mensajes de comprensión (“uhm”, “sí”, “asentir con la cabeza”). Como bien indica Appel (2005), también es positivo a veces, reaccionar emocionalmente mediante interjecciones de simpatía, asombro o preocupación. El contacto emocional moderado muestra a un interlocutor sensible y vulnerable y disminuye el grado de asimetría de la entrevista. Tras la primera intervención del usuario, el investigador debe preguntar de modo que se inciten nuevas narraciones adicionales referidas a puntos de la primera narración de éste que no hayan quedado claros o a aspectos fundamentales no abordados. Estos aspectos

son los afectivos-relacionales, académicos-laborales y los relativos a la enfermedad. Estos temas son considerados como las categorías fundamentales de construcción de la identidad en nuestra sociedad y servirán de guía para la construcción del sistema de categorías.

En la última parte de la entrevista el investigador debe preguntar al usuario si desea decir algo más. Tras apagar la grabadora es conveniente volver a pasar a la comunicación cotidiana. Es muy importante avanzar entre las distintas etapas de la entrevista sin ninguna brusquedad.

He considerado oportuno enriquecer la entrevista con un aspecto que creo importante. Siempre que ha sido posible el investigador ha compartido al menos una vez con el entrevistado información personal. De este modo se equilibra el flujo de información y se reduce la asimetría, acercando la entrevista a otros ámbitos más ecológicos. Nuestra intención es conseguir un contexto de interacción lo más alejado posible de la entrevista diagnóstica. El lugar de celebración de la entrevista, el conocimiento del investigador del lugar de la entrevista, de los profesionales y usuarios, y por último, las características de ésta, contribuyen a lograr ese objetivo. Más allá de considerar la entrevista narrativa como un medio de acceso a la realidad histórica del usuario, entendemos la entrevista como un diálogo en curso, en donde la identidad narrativa se conforma mediante un proceso de construcción, el cual se encuentra motivado, interactivo y pragmáticamente, en el mismo instante de la entrevista mediante la evaluación y la exploración del self (Lucius-Hoene, 2000).

Las grabaciones se llevaron a cabo por medio de un sistema digital y para la transcripción se utilizó el sistema Digital Voice Editor 2. Las transcripciones se realizaron por la misma persona que llevó a cabo las entrevistas lo más cerca posible del momento de la entrevista para no perder detalles contextuales. Junto con la transcripción se adjuntó un pequeño informe sobre el contexto, el desarrollo de la entrevista, así como un breve resumen con los contenidos más relevantes de la narración del usuario.

B) División en microestructuras

Tras una primera lectura de las transcripciones de las entrevistas se procedió a la división de éstas en microestructuras. Como hemos afirmado en el anterior capítulo el objetivo de dividir las narraciones de los usuarios en microestructuras es obtener una

unidad de medida lo suficientemente pequeña como para detectar todos los contenidos importantes dentro de la narración del sujeto. Una microestructura sólo puede ser agrupada dentro de una de las categorías de análisis. Las microestructuras son las unidades lingüísticas independientes (sintácticas y semánticamente) más pequeñas. Así, las microestructuras podrían definirse como proposiciones con independencia sintáctica y semántica.

A continuación expongo con más detenimiento el proceso de división de microestructura y ofrezco algunos ejemplos.

Según la definición de microestructura si una proposición es subordinada, por ejemplo funciona como sujeto u objeto directo, no puede dividirse de la proposición principal ya que no es independiente y se considera una sola microestructura. Ejemplo: Mi madre dijo que tuviera mucho cuidado con algunos amigos peligrosos.

En el caso de que la oración se encuentre compuesta de dos oraciones coordinadas, por ejemplo una proposición coordinada adversativa o copulativa, sí se pueden dividir y se consideran dos microestructuras distintas, puesto que las microestructuras son independientes.

Ejemplos:

1ª microestructura (1M): Mi madre me dijo que tuviera cuidado,

2ª microestructura (2M): pero yo era muy inconsciente para hacerle caso.

1M: Mi Madre llegó a casa

2M: e inmediatamente deshizo las maletas.

Nos podemos encontrar en algunos casos dos sintagmas nominales unidos por la conjunción “y”. Cuando estos sintagmas nominales puedan considerarse actos discursivos importantes se transformará la oración en una oración compuesta coordinada, de este modo obtendremos dos microestructuras en vez de una y podremos realizar un análisis más exacto de los contenidos de la narración.

Por ejemplo:

¡Yo me considero un buen padre y un excelente profesional dentro mi empresa!

1M: “Yo me considero un buen padre

2M: y también me considero un excelente profesional en mi empresa”

En el caso de existir dos proposiciones subordinadas coordinadas se considerarán como microestructuras diferentes.

Ejemplo:

Mi madre me dijo que tuviera cuidado con mis amigos y que debía respetar a los mayores

1M: *Mi madre me dijo que tuviera cuidado con mis amigos*

2M: **y también me dijo que debía respetar a los mayores**

Es importante señalar que el análisis se realiza sobre textos transcritos de grabaciones orales. Es decir, el tamaño y la estructura de las oraciones pueden ser ambiguos entre otras razones debido a la inexistencia de signos de puntuación objetivos. Por lo tanto la subdivisión en microestructuras puede estar sujeta a interpretaciones.

Por ejemplo.

1M: Mi madre me dijo que (5.0)

2M: Yo no valgo para nada

La segunda preposición puede considerarse como una microestructura diferente (como si hubiera un punto y seguido o puntos suspensivos) argumentando que la pausa de cinco segundos es interpretable como punto y seguido o como una proposición subordinada de “Mi madre me dijo que”. En cualquier caso se tenderá a obtener el mayor número de microestructuras posible para así lograr un análisis más profundo.

Como es lógico me encontré en las entrevistas a los usuarios con intervenciones de un solo sintagma nominal o incluso de un monosílabo (Sí, no). Estas intervenciones se considerarán, a pesar de no incluir ninguna forma verbal, microestructuras ya que están separadas mediante la intervención del entrevistador. De igual modo, y siendo coherente con lo que decíamos antes, se considerarán microestructuras las intervenciones aisladas mediante dos pausas de larga duración que sólo incluyan un sintagma nominal. Así, una pausa mayor de 2 segundos se considerará siempre que da fin a una microestructura.

C) Análisis de la cohesión y de los contenidos delusivos y Alucinatorios (correspondientes con las categorías 1 y 2 del sistema de categorías que se expondrá más tarde)

El primer análisis que se realizó tras la división en microestructura fue el análisis de la cohesión y de los contenidos delusivos. Bajo el término de problemas de cohesión se incluyen todas aquellas microestructuras con problemas sintácticos, semánticos y referenciales que imposibilitan la comprensión del texto. No pretendemos realizar un análisis cuantitativo de cada uno de los elementos descritos. Tan sólo nos preocupa señalar las microestructuras que se encuentran afectadas por estos problemas que imposibilitan su comprensión. No obstante, en el apartado de discusión e integración de resultados ofreceré un número amplio de problemas de cohesión. Apuntamos los problemas de cohesión más frecuentes para hacer explícitos los fundamentos teóricos de nuestro análisis.

Aparte de las distorsiones del discurso de las personas que padecen TMG que hemos repasado en el apartado 1.4, usamos las aportaciones de Moya (1990), el cual afirma que los problemas de cohesión pueden resumirse en los siguientes puntos:

- a) Anómala indicación del referente nominal
- b) Anómala indicación del referente pronominal
- c) No rotulación de la metáfora: Una misma palabra es utilizada de forma simultánea con dos interpretaciones semánticas distintas (literal y metafórica) sin que en el texto aparezcan los necesarios indicadores de cambio de nivel semántico.
- d) Pobreza en los indicadores de mundo.
- e) Errores en la construcción de las metonimias: Creación de metonimias no habituales, las cuales sin una explicación añadidas serían ininteligibles.
- f) Anómala indicación de los deícticos de lugar: Se incluyen aquí las utilizaciones de adverbios de lugar sin que se indiquen los correspondientes referentes.

Los problemas semánticos, también según Moya (1990), podrían resumirse en los siguientes:

- a) Utilización de resamantemas: utilización de palabras ya existentes pero con un significado totalmente nuevo.

- b) Creación de neolexemas.
- c) Infracción de las reglas de subcategorización contextual definidas por Chomsky. Es decir el uso de sustantivos con significado incompatible con su verbo correspondiente.

Los problemas sintácticos, según una integración de los dos autores citados anteriormente, los podemos subdividir en:

- a) Problemas de ligabilidad oracional.
- b) Transgresiones de las reglas de la escritura: errores que afectan a la construcción de los sintagmas.
- c) Transgresiones de las reglas de subcategorización estricta (errores en la construcción de sintagmas verbales).
- d) Alteraciones en la concordancia del género y número.

Por otro lado, el criterio utilizado para determinar si una microestructura es de origen delusivo es su aceptación o no en términos culturales. Este criterio puede parecer subjetivo, sin embargo, es el que recogen los manuales diagnósticos aceptados científicamente. Se fue cuidadoso con los contenidos religiosos y filosóficos y especialmente conservador con éstos, es decir, sólo en el caso de evidente dificultad para su aceptación cultural en nuestro contexto se categorizó como delusivo. Es posible que existan dificultades para diferenciar entre las microestructuras delusivas y con falta de cohesión. El criterio con el cual se trabajó es que para que una microestructura fuera categorizada como delusiva no debe padecer falta de cohesión. Es decir, la categorización de “falta de cohesión” predomina sobre la de “contenidos delusivos”. Veamos algunos ejemplos de microestructuras parecidas pero que son categorizadas de forma diferente.

“Ayer hablé con mi ángel”

Esta primera microestructura se categorizará como delusiva, ya que hablar directamente con los ángeles es una acción no aceptada culturalmente. Evidentemente, en contextos muy especiales de carácter marginal puede ser aceptado, pero no en un contexto normalizado.

“A mí, rezó un santo ayer”

Esta microestructura será categorizada como de “falta de cohesión” ya que el verbo “rezar” no acepta el objeto indirecto “a mí” sin el pronombre “me” y resulta ambigua ya que además, se ha subvertido el orden gramatical de la oración. Evidentemente tiene rasgos delusivos pero la categorización como de “falta de cohesión” prevalece ante su carácter delusivo.

“Ayer le recé al Ángel de la guarda”

Sin embargo, esta microestructura no es categorizada ni como “falta de cohesión”, está perfectamente construida y no es ambigua, ni como “delusiva”, ya que puede ser culturalmente aceptada. Puesto que rezar a un ser de carácter religioso, y en este caso con una tradición importante, es completamente aceptado en nuestra cultura.

En ocasiones algunos usuarios emiten enunciados que no reconocen como propios, algunos de estos enunciados son musitaciones o murmullos que no son audibles, pero en ocasiones estos enunciados interrumpen el discurso del usuario. Estos enunciados han sido identificados como alucinaciones auditivas verbalizadas (Saavedra, 2009d). Las microestructuras que correspondan a esta descripción también serán agrupados bajo esta misma categoría: “contenidos delusivos alucinatorios”.

D) Análisis de los contenidos en las microestructuras (desde la categoría 3 hasta la 10 en el sistema de categorías)

Tras el análisis de la cohesión y contenidos delusivos y alucinatorios se analizaron el resto de las microestructuras desde la categoría 3 hasta completar el análisis del contenido, es decir, hasta la categoría 10. En el siguiente apartado 5.1.4 se describirá con detalle los sistemas de categorías. La construcción de la identidad es un proceso dialéctico que acontece en el desarrollo de actividades discursivas (conversaciones, diálogos internos, narraciones de vida, biografías...). No existe una regla específica para detectar y cuantificar actos discursivos de esta naturaleza. Cualquier criterio para identificar, cuantificar y dividir el discurso, que por naturaleza es continuo y cualitativo, es artificial. Mi intención es simplemente contabilizar con el máximo detalle todos los contenidos relacionados con la vida de los entrevistados. Es decir, cómo se sitúa el sujeto dentro del espacio social, dentro de qué referencias construye su narración, que categorías sociales utiliza para definirse, etc. La única regla que utilizamos como criterio indispensable para considerar una microestructura como acto discursivo de construcción de la identidad es que haya una autorreferencia en la

microestructura. Es decir, el uso de pronombre personales en primera persona (“yo”, “nosotros”), un verbo en primera persona (“soy”, “tengo”, “perteneceemos”, “somos”), pronombres posesivos en primera persona (“mi”, “mis”, “nuestros”), pronombre personales en función de objeto directo, indirecto (“a mí”, “me”). De este modo no se considerará un posicionamiento la microestructura “Juan es una persona esencial en la empresa”. Y sin embargo, la siguiente estructura podrá ser categorizada como acto discursivo de construcción de la identidad: “Juan es una persona esencial para mí en la empresa”.

El contexto de la entrevista, es decir el intratexto, enunciados anteriores y posteriores, es esencial para categorizar microestructuras en la que aparezcan pronombres personales o incluso en los que haya alguna elipsis. Veamos algunos ejemplos.

Paciente: (1M) Mi padre ha sido muy importante para mí.
Investigador: (2M) ¿Influyó mucho en tú vida?
P: (3M) Me enseñó a tomarme las cosas con tranquilidad.

En la última microestructura hay una elipsis del sustantivo “Mi padre”. Sin embargo sabemos que se está refiriendo al padre y como hay en la microestructura indicativos autoreferenciales “me” se categoriza como “Familiar-afectivo” las dos intervenciones del usuario.

P: (1M) Mi padre ha sido muy importante para mí,
(2M) enseñaba a tomarse las cosas con tranquilidad,
(3M) todos lo quieren.

En este caso todas las microestructuras serán consideradas dentro de la categoría “familiar afectivo” aunque las dos últimas no contengan autoreferencias. Ello es debido a que las dos últimas microestructuras son contiguas a la primera en la cual hay una clara doble autoreferencia.

El deíctico “aquí” también es muy importante y muy usado como referencia a la Casa Hogar donde se desarrolla la entrevista. De este modo, decir que “Yo estoy muy bien aquí” se considerará como una microestructura perteneciente a la categoría “Casa Hogar”. En este caso el contexto será extratextual.

A continuación muestro algunas estructuras gramaticales y categorías sociales que considero evidentes actos de autoidentificación dentro del discurso.

- Sin lugar a duda la estructura gramatical más claramente considerada como acto discursivo de esta naturaleza es el “Yo soy...”. Por ejemplo:

“Yo soy un buen creyente”, “Soy amigo de mis amigos”.

- Sin embargo, no podemos reducir los actos de identificación a estas estructuras. Una acción también puede ser entendida como un acto discursivo que conforma la identidad del sujeto. Veamos la siguiente oración:

“Voy todos los días a la Iglesia porque no me siento bien si faltó”

Indudablemente con la acción de ir todos los días a la iglesia el autor de este enunciado se está construyendo como una persona religiosa igual o más intensamente que el autor del enunciado anterior.

- Como ya hemos referido, el uso de los posesivos también puede ser un acto discursivo de construcción de la identidad. Si se utilizan los posesivos con categorías sociales familiares o afectivas se considerarán siempre como actos discursivos.

“Mi padre (yo soy un hijo) es lo más importante”, “Mi madre (yo soy un hijo) nos abandono con 5 años”, “Con la enfermedad me quedé sin mis amigos (yo no soy amigo de nadie)”, “Mi pareja (yo soy la pareja de alguien) me cambio la vida”, “Con mi novia (yo soy un novio) voy todos los días al parque”.

- La referencia a objetos o a instrumentos puede incluso en un caso extremo considerarse un acto discursivo de construcción de la identidad. Veamos un ejemplo. Imaginemos que un sujeto nos dice en la línea 10 de nuestra transcripción “Yo tengo un coche de gran potencia que me lleva al trabajo”. En un principio esta microestructura no se categorizaría como un acto discursivo de esta naturaleza. Sin embargo, si en la línea 20 nos dice “Invierto una gran parte de mi sueldo en mi coche”. En la línea 30 “A mis amigos les encanta el automovilismo”. En la línea 50 “Me encanta viajar con mi coche” y así hasta 15 referencias más a su coche o al automovilismo resulta evidente que el complejo identitario de este sujeto gira, al menos en parte, alrededor de su coche. Por lo

tanto, en las microestructuras que haya autoreferencias y se encuentren relacionadas con su coche serán considerados posicionamientos. En este ejemplo observamos que es importante analizar cada microestructura dentro del contexto de cada narración ya que este contexto nos puede dar indicios para categorizar las microestructuras.

E) Análisis de la estructura: uso del Software informático de contabilización de palabras

Como hemos dicho anteriormente para el estudio de lo que hemos llamado análisis de la estructura se usó el software LIWC. Este programa se compone de varios diccionarios clasificados en una serie de categorías lingüísticas y psicológicas ordenadas jerárquicamente que permiten contar y ordenar las palabras de textos escritos y hablados. En concreto se usó el diccionario en español LIWC2001. El diccionario de español tiene más de 2300 palabras categorizadas en 82 dimensiones lingüísticas y psicológicas. (Ramírez-Esparza, Pennebaker, García, and Suría, 2007). El proceso de categorización de los diccionarios y validación fue realizado durante cinco años por jueces expertos independientes (Pennebaker, Francis y Booth, 2001). Además, la calidad psicométrica del instrumento ha ido perfeccionándose mediante la acumulación de análisis de nuevos textos de distinta naturaleza. Este programa ha sido utilizado como herramienta base para multitud de investigaciones (Campbell y Pennebaker, 2003; Chung, y Pennebaker, 2005; Chung y Pennebaker, 2007; Fernández, Páez y Pennebaker, 2009; Fitzsimmons y Kay, 2004). Es posible estudiar en profundidad el proceso de validación de este instrumento en las siguientes direcciones Web:

- <http://www.liwc.net/liwcspanol/liwcdescription.php>;
- http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/faculty/Pennebaker/reprints/LIWC_2007_LanguageManual.pdf

Este software posibilita la creación de nuevos diccionarios. Mediante esta utilización he creado seis nuevas categorías de análisis que he creído convenientes. En concreto, “Yo pasivo”, “Conectores causales”, “Conectores de oposición”, “Conectores temporales”, “Indicadores temporales”, “Indicadores espaciales”.

Para el análisis mediante el software LIWC es necesario repasar las transcripciones y eliminar los símbolos de la transcripción, comentarios y abreviaciones

para que no sean contabilizadas por el sistema. Además de, como es lógico, suprimir las intervenciones del investigador.

F) Análisis Estadístico

Para el análisis estadístico de las frecuencias de las categorías de contenido y estructura he utilizado el paquete informático SPSS12.14. He seleccionado una prueba para el análisis de frecuencias de variables cualitativas “Chi cuadrado”. He sido muy conservador para rechazar la hipótesis nula. Para ello he exigido una $p < .01$. Además, para completar el análisis de significación estadística he añadido para aquellas variables con una $p < .01$ el análisis del tamaño del efecto. En los últimos años se ha venido criticando el uso exclusivo de las pruebas de contraste estadístico. Así, se ha venido defendiendo la necesidad de analizar el tamaño del efecto, es decir la intensidad de la relación para complementar el rechazo de la hipótesis nula. La crítica al uso exclusivo del contraste estadístico se ha escuchado especialmente en el campo de las ciencias de la salud (Frías, Llobel y García, 2000). Para las tablas de contingencia de sólo un grado de libertad, es decir 2×2 , he usado la prueba de tamaño de efecto llamada Q de Yule, prueba específica para este tipo de análisis. Para aquellas tablas de contingencia de más de un grado de libertad he utilizado la V de Cramer.

G) Integración y análisis de posicionamientos sociales.

El último paso del análisis de las narrativas de los usuarios es el análisis de los posicionamientos sociales. Hemos explicado este tipo de análisis ampliamente en el apartado 1.3 y en el capítulo IV de introducción al método.

De acuerdo con la visión del análisis narrativo de Lucius-Hoene (2002) considero que los análisis grupales de extractos de estas entrevistas realizados en diferentes escenarios deben incluirse como parte del análisis. En concreto se desarrollaron diferentes análisis grupales de entrevistas en los siguientes contextos: Seminario de análisis textual de la profesora Lucius-Hoene en la Universidad de Freiburg (Alemania), Seminarios de formación del Instituto de Salud Mental en el Hospital Duncan Mcmillian House (Nottingham), Seminarios de análisis discursivos en la London School of Economics (Londres), Jornadas del Mental Health Research Group y Health Language Research Group (University of Nottingham) y en diversos seminarios en el Laboratorio de Actividad Humana en la Universidad de Sevilla.

En este análisis integraré los resultados cuantitativos, de los cuáles me serviré para complementar el análisis cualitativo. En la discusión expondré un número amplio de extractos y sus análisis permitiéndonos profundizar en las habilidades discursivas que disfrutaron los usuarios para situarse socialmente en el contexto de una entrevista. Para organizar la exposición de los resultados del análisis cualitativo utilizaremos el sistema de categorías del contenido. A continuación se mostrarán y se definirán los sistemas de categorías usados en nuestro análisis.

5.1.4 Sistemas de Categorías

Se han utilizado dos sistemas de categorías. Uno para analizar las temáticas que usan los usuarios para construir sus narrativas y otro sistema de categorías relacionados con la estructura de las narrativas. A continuación desarrollamos ambos sistemas de categorías detallando cada una de las subcategorías, cuando existan, y ofreciendo ejemplos de microestructuras que se incluyan en éstas.

A) Sistema de Categorías de Análisis del Contenido

Este sistema se compone de 10 categorías.

1. **Falta de cohesión.** Microestructuras con problemas de carácter sintáctico, semánticos o referenciales.
2. **Contenido delusivo o alucinatorio.** Microestructuras con contenido delusivo o alucinatorio.
3. **Familiar-Afectivo.** Esta categoría hace referencia a todas las microestructuras por las cuales el usuario se posiciona en el ámbito de las relaciones sentimentales o de carácter familiar.
 - a. **Familia:** “Yo soy un gran padre”, “Mi hijo es lo más importante”, “Mi padre no me quería mucho”.
 - b. **Relaciones de pareja:** “Mí matrimonio cambió mi vida”, “El sexo es muy importante en mi vida”, “Hablo con mi novia todos los días”.

- c. **Amigos:** “Mis amigos me dejaron de ver cuando enfermé”, “Mis amigos son lo más importante”.
- d. **Otros:** Cualquier otro posicionamiento no recogido en las anteriores subcategorías relacionados con posicionamientos afectivos. Por ejemplo, tras un primer análisis las descripciones de los usuarios como pertenecientes a una ciudad o región, “Yo soy de Triana”, se categorizaron como otros.

4. Actividades Sociales: En esta categoría se incluirán las microestructuras relacionadas con actividades de carácter público o comunitario fuera del ámbito familiar, por ejemplo el contexto laboral o escolar.

- a. **Trabajo:** Se incluirán en esta categoría las microestructuras en las que el usuario se defina como trabajador “Empecé a trabajar de niño”, buscador de empleo “Me llevaba todo el día buscando empleo”, desempleado “Yo fui un desempleado por 10 años” o descripciones de tareas y actividades laborales “Montaba y desmontaba maquinaria pesada”. En definitiva se incluirán dentro de esta categoría aquellas microestructuras en las que el sujeto se describa en relación al mundo laboral.
- b. **Escuela-Formación:** Se incluirán en esta categoría todas las microestructuras relacionadas con las capacidades “Me sé de memoria todas las capitales del mundo” o incapacidades académicas “No sé leer”, títulos “Soy licenciado en Psicología”, grados conseguidos “Estudie hasta quinto de primaria”, aspiraciones académicas frustradas “Hubiera podido estudiar ingeniería”, o proyectos de futuro “Me gustaría volver a la universidad”, “Me hubiera gustado estudiar más tiempo”. También se incluirán las calificaciones académicas “Siempre aprobaba por los pelos”.
- c. **Ocio:** Se incluirán en esta categoría todas las microestructuras en las que el sujeto se describa como participante en alguna actividad deportiva o cultural, miembro de un equipo deportivo, exprese su afición a cualquier actividad cultural. “No hay nada que más me guste que ver un partido de fútbol”. Se incluirán los resultados de actividades deportivas siempre que el sujeto se describa como participante en el encuentro deportivo “Nuestro equipo quedó primero en la clasificación”.
- d. **Otros.** Las referencias del usuario como pensionista, solicitante de pagas, derechos de subsidios, etcétera, se categorizarán en “Otros”. Al igual que todas las descripciones del usuario como gestor o iniciador de actividades

administrativas u otros contenidos interesantes pero que no se incluyen en las anteriores subcategorías.

5. Enfermedad. Se categorizarán como pertenecientes a esta categoría las microestructuras relacionadas con algún tipo de enfermedad.

- a. **Enfermedad mental:** “Yo soy esquizofrénico”, “Soy un usuario de los servicios de salud mental”, “Mi psiquiatra me ve cada mes”, “Voy todos los días a la unidad de rehabilitación”. Se incluirán en esta categoría también las descripciones del usuario como usuario del sistema de salud mental o consumidor de medicación, siempre y cuando no esté relacionada con mejoría y recuperación. La aparición de nombres de doctores o personal clínico en relación con el usuario también se categorizará automáticamente en esta subcategoría. Por ejemplo “El doctor L. me ve cada tres meses”.
- b. **Adicciones:** “Era un porrero”, “Bebía habitualmente alcohol”, “Estaba todo el día borracho”
- c. **Otras enfermedades:** Igual que las microestructuras relacionadas con enfermedades mentales. “Tengo diabetes”
- d. **Otros.**

6. Salud. En esta categoría se incluirán las microestructuras en las que el sujeto se describa como una persona sana, o en proceso de recuperación, de afrontamiento de la enfermedad, esperanza de mejoría, o como una persona con un proyecto de futuro a pesar de la enfermedad etc. También incluimos en esta categoría las descripciones del usuario como una persona que recibe apoyo social para superar o afrontar cualquier tipo de enfermedad. Es decir referencias a la enfermedad pero en sentido positivo o activo. Por ejemplo: “A partir de los treinta años aprendí a afrontar las recaídas”, “Cuando veo que empeoro pido ayuda”, “El trabajo me ayuda a evitar pensar cosas raras”, “He superado mi enfermedad gracias a la ayuda de mi familia”.

7. Casa-Hogar. En esta categoría se incluirán todas las microestructuras en las que el sujeto se describa como miembro de la casa hogar, compañero, descripciones de las relaciones con los monitores, etc. Por ejemplo: “En nuestra Casa Hogar no vivimos mal”, “No tengo una buena relación con los monitores”. También se

incluyen en esta categoría la citación directa, siempre que esté relacionada con el usuario, a personas pertenecientes a las Casas Hogares o FAISEM. Por ejemplo, “El director de la Casa Hogar, Fulanito Pérez, me llamo la atención por lo que dije”.

8. **Características psicológicas.** “Soy inteligente”, “tengo un carácter un poco difícil”, “Soy muy sociable”.
9. **Características físicas.** “Era muy alto para mi edad”, “De joven era muy atractivo”.
10. **Otros.** Cualquier otra microestructura que no se puede incluir en las anteriores categorías y que se considere necesario recoger en términos identitarios.

Es necesario añadir algunas puntualizaciones en relación a la categorización de las microestructuras de acuerdo con este sistema de categorías.

Primero, en algunas ocasiones las microestructuras podrían incluirse en dos categorías distintas. Por ejemplo: “La enfermedad me dejó sin mis amigos”. Esta microestructura podría considerarse tanto como un posicionamiento como persona enferma y como persona sin amigos. Sin embargo, una microestructura sólo puede incluirse en una categoría. Por lo tanto, utilizaremos el criterio de incluir la microestructura en la categoría a la cual se encuentre asociada el pronombre en primera persona, en este caso “mi”. Por tanto la anterior microestructura será considerada “Familiar-Afectiva”. En el caso de “Mi enfermedad me dejo sin los amigos” se incluiría en la categoría “Enfermedad”. Si existiera una microestructura en la que coexistieran varios pronombres asociados a distintos posicionamientos, se incluirá dentro de la categoría que aparezca en primer lugar en la microestructura. Por ejemplo: “Cuando *yo no sufría la enfermedad* (yo) era muy trabajador”. En este caso, “no sufría la enfermedad” se categorizaría dentro de “Salud”.

Segundo, la inclusión de una microestructura en alguna de estas categorías no supone un análisis cualitativo de los posicionamientos. Es decir, la categorización de una microestructura como “Familiar-afectivo” es independiente de si el posicionamiento es de carácter positivo, negativo, hace referencia al pasado, al futuro o si es presente.

Con la ayuda de esta categorización en una fase posterior de la investigación se realizará un análisis de los contenidos de carácter cualitativo que estudiará estas cuestiones. Por lo tanto, al contrario que algunas perspectivas de análisis, nuestro criterio para hallar las frecuencias de los posicionamientos será poco conservador. Extendiéndose el criterio a un gran número de estructura gramaticales. La categorización de cada una de las microestructuras según el sistema de categoría de análisis del contenido se logró mediante el programa de análisis cualitativo Nudis Invivo4.

La fiabilidad de estas categorías fue puesta a prueba mediante el análisis paralelo de 4 narrativas, dos de cada grupo, por un juez independiente. La codificación obtenida por el juez independiente se comparó con la realizada por el investigador principal, obteniendo un índice de acuerdo en el análisis, usando el test estadístico de K cohen, de $K=0.87$. Por lo tanto, el sistema de categorías muestra una fiabilidad más que aceptable.

B) Sistema de Categorías de Análisis de la estructura

Describamos las categorías que toman la palabra como unidad de análisis. Éste fue realizado mediante el software denominado LIWC, que fue descrito en el anterior apartado, y lo hemos denominado análisis de la estructura. La mayoría de estas categorías son ofrecidas por defecto por el citado programa, otras seis categorías han sido añadidas gracias a la posibilidad que facilita el programa de crear nuevos diccionarios. En total he seleccionado 20 categorías de análisis y las hemos organizado de la siguiente forma.

Las cuatro primeras categorías de análisis están relacionadas con el uso de los pronombres. El uso de los pronombres es uno de los criterios de análisis más habituales cuando se analiza un texto cuantitativamente. Por ejemplo, se ha hallado un mayor uso de los pronombres en primera persona del plural en sociedades colectivistas (Fernández, Páez, James, Pennebaker, 2009) o un aumento del uso de la primera persona del singular (Yo activo) en detrimento de formas (Me) pasivas tras intervenciones terapéuticas en personas con trastornos mentales graves. El uso del “Yo” está relacionado con la capacidad de agencia de las personas autores de los textos (Smorti, Risaliti, Pananti, Cipriani, 1998).

- 1. Yo.** Contabilización del uso del pronombre personal singular en primera persona “Yo” utilizando el diccionario LIWC2001 de español. A no ser que

se indique lo contrario siempre se utiliza el diccionario LIWC2001 para las categorías.

2. **Yo pasivo.** Creación de un diccionario ad hoc para la contabilización del pronombre personal en primera persona del singular de carácter pasivo (reflexivo): “me”, “mí”.
3. **Nosotros.** Contabilización del uso del pronombre personal en primera persona plural “Nosotros”.
4. **Uno mismo.** Esta categoría incluye todos los pronombres relacionados con el narrador. De este modo, incluye todas las categorías anteriores. “Me”, “Mí”, “Mi”, “Yo”, “Nosotros”, etc.

Las siguientes tres categorías se refieren a los procesos emocionales en las narraciones. El LIWC2001 disfruta de diccionarios de términos emocionales positivos y negativos. De igual modo, también dispone de un diccionario de términos metafísicos relacionados con la muerte, la religión o lo sobrenatural. Distintas investigaciones han determinado que la elaboración de experiencias traumáticas implica la utilización de un número moderado de emociones negativas sin que desaparezcan totalmente y un número mayor de emociones positivas (Fernández, Páez, James, Pennebaker, 2009). También, ha sido señalada una disminución del número de referencias a términos abstractos y sobrenaturales en personas con TMG en recuperación (Saavedra, 2009a; Saavedra, Cubero, Crawford, 2009).

5. **Emociones Positivas:** Contabilización de palabras relacionadas a procesos emocionales positivos. “Alegría”, “sonrisa”, “efusividad”, “amor”, etc.
6. **Emociones negativas:** Contabilización de palabras relacionadas a procesos emocionales negativos. “Tristeza”, “depresión” “llanto, “lágrimas”, etc.
7. **Metafísica:** Contabilización de palabras relacionadas con la muerte, lo sobrenatural o la religión. “Dios”, “ángel”, “demonio”, “fantasma”, “muerte”, etc.

Las siguientes 5 categorías están relacionadas con los procesos cognitivos que se pueden detectar en las narrativas y con la organización interna de las narrativas. La categoría número 8 “mecanismo cognitivo” incluye las cuatro categorías siguientes. Por

lo tanto es una categoría global y las cuatro siguientes subcategorías de la primera. El uso de estas categorías está justificado porque algunas investigaciones han detectado un aumento del reflejo en las narrativas de mecanismos cognitivos tras la mejora terapéutica (Fernández, Páez, James, Pennebaker, 2009).

8. **Mecanismos Cognitivos:** Esta categoría contabiliza todas las palabras relacionadas con las funciones cognitivas “memoria”, “atención”, “resolución de problemas”, “análisis lógicos”, etc. Esta categoría incluye tanto sustantivos, verbos, adjetivos, preposiciones y otras partículas lingüísticas relacionadas con la organización interna del texto. Por ejemplo, “pensar”, “considerar”, “consecuencia”, “porque”, “posible”, etc.
9. **Causa:** Esta categoría contabiliza todas las palabras relacionadas con la organización causal en la narrativa: “Porque”, “consecuencia”, “efecto”, “causa”, etc.
10. **Insight:** Esta categoría contabiliza todas las palabras relacionadas con procesos metacognitivos, podría equipararse con el concepto de “reflexivity” de Bruner (1997). Por ejemplo, “Reflexionar”, “pensar”, “percatarse”, “considerar”, etc.
11. **Discrepancia:** Esta categoría contabiliza palabras referidas a un contraste cognitivo entre la realidad y las expectativas, obligaciones o deseos de los autores de la narración. Muchas de estas palabras son verbos en subjuntivo. Ésta categoría, por lo tanto, también señala insight y capacidad de análisis. Por ejemplo, “Debería”, “podría”, “debo”, “tendría”.
12. **Tentativa:** Esta categoría contabiliza palabras que indican posibilidad. Por ejemplo, “tal vez”, “a lo mejor”, “posible”, “adivina”.

Las siguientes siete categorías de análisis están directamente relacionadas con la organización interna del texto. Las palabras que detectan son partículas lingüísticas que funcionan como conectores, indicadores de tiempo y espacio, preposiciones, etc. Exceptuando las dos primeras categorías (número 13 y 14) las restantes han sido construidas por el autor. Como hemos visto en la anterior serie de categorías, en los criterios de análisis del diccionario LIWC2001 se incluyen tanto sustantivos, conectores, verbos, etc. En mi opinión, esto puede llevar a la confusión. Por lo tanto, he

creado categorías de análisis exclusivas para estudiar la frecuencia de conectores e indicadores espaciales y de tiempo. En concreto me refiero a las categorías que van del número 15 a la 19. Pienso que es esencial analizar el uso de partículas lingüísticas para la construcción sintáctica de las narraciones con independencia de sustantivos y verbos.

- 13. Preposiciones.** Esta categoría pertenece al LIWC y contabiliza el uso de preposiciones. El uso de las preposiciones está directamente relacionado con la articulación de los textos.
- 14. Inclusión.** Esta categoría de análisis busca palabras que señalen inclusión y pertenece al LIWC2001. En mi opinión es interesante porque en términos lingüísticos estamos hablando de inclusión sintáctica y, por lo tanto, indica complejidad de las oraciones. Por ejemplo, “con”, “y”, “incluyendo”.
- 15. Conectores Causales.** Esta categoría de análisis contabiliza los conectores de carácter causal y de finalidad más habituales. Por ejemplo, “porque”, “por lo tanto”, “así”, “consecuentemente”, etcétera.
- 16. Conectores de Oposición.** Esta categoría de análisis contabiliza los conectores de carácter adversativo más habitual. Por ejemplo, “pero”, “no obstante”, “sin embargo”, “aunque”, etcétera.
- 17. Conectores Temporales.** Esta categoría contabiliza conectores de carácter temporal. Estos conectores pueden funcionar para referirse metalingüísticamente a la narración misma “como he dicho antes” o para ordenar temporalmente los episodios que nos narra la persona entrevistada “primero viví como mis padres”. Ejemplos de conectores temporales habituales son, “en primer lugar”, “entonces”, “antes”, “después”, “durante”, “primero”, “segundo”, etcétera.
- 18. Indicadores Temporales.** Esta categoría contabiliza las referencias explícitas a episodios de la vida de los entrevistados. Por ejemplo, “en el año 1992”, “En marzo”, “El pasado martes”, etcétera.
- 19. Indicadores Espaciales.** Igual que la anterior pero referida a indicadores espaciales. Por ejemplo, “en mi pueblo...”, “En el colegio.....”, “íbamos a veranear a Matalascañas”, etcétera.

La última categoría de análisis hace referencia a la posesión de turno de los usuarios en el contexto de la entrevista. Es decir, hasta que punto el entrevistador ha

intervenido en la entrevista. Este criterio de análisis está relacionado con la capacidad del usuario de construir una narrativa sin la intervención del entrevistador. Cuanto más alto sea la posesión de turno por parte del usuario, el entrevistador interviene menos y, por lo tanto, podemos deducir que el usuario no ha necesitado la ayuda del entrevistador con preguntas, comentarios o indicaciones, sino que se ha podido autorregular.

20. Posesión de turno del usuario: Número total de palabras pertenecientes al usuario en relación con el número total de palabras pertenecientes al investigador.

A continuación describiremos los resultados cuantitativos del análisis de las 18 entrevistas a los usuarios. Recordamos que el análisis cualitativo se integrará y se describirá con detalle en el apartado de discusión.

5.2 RESULTADOS

Describimos a continuación los resultados del análisis del contenido. El total de microestructuras halladas del G1 fue 2829 y en el G2 2453. Si consultamos la tabla 5.3, donde se sintetizan todos los resultados de este análisis, observamos que sólo dos categorías no son significativas: “descripciones físicas” y “otros”.

El resto de categorías muestra una alta significación con una $p < .0001$. Por lo tanto, podemos concluir que las variables analizadas no son independientes y rechazar la hipótesis nula en todos los contrastes excepto en “descripciones físicas” y “otros”. Sin embargo, si estudiamos la fuerza de la asociación o tamaño del efecto observamos una asociación muy débil en las categorías centrales de grado de libertad 4, “Categorías afectivos-familiares”, “Categorías de Actividad Social” y “Categorías de enfermedad”. Especialmente “Cat. Enfermedad” con una $V=0.085$. Reconociendo esta baja fuerza de asociación, hay que tener en cuenta, como bien nos recuerdan Frías, Llobel y García, (2000), que un valor de estimación del tamaño del efecto pequeño debe ser interpretado en el contexto, pudiendo ser significativo y muy importante a nivel práctico en ámbitos concretos como el de la salud.

Tabla 5.3. Resultados y análisis estadísticos del contenido.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	df	χ^2	P	Tamaño del efecto
1.Falta cohesión	G1 372 G2 4	13,149% 0,163 %	1	333,15	<.0001*	Q= - 0,978
2.Delusiones y alucinaciones	G1 294 G2 0	10,392 % 0%	1	266,06	<.0001*	Q= - 1
3.Cat. afectivas-familiares.	G1 444 G2 556	15,694% 22,666%	4	45,29	<.0001*	V=0,0926
Desviación en Porcentajes(residuos)	Familiar -16,7%(3,35) +19,3%(3,6)	Pareja -25,6%(2,24) +29,5%(2,4)	Amigos +0,3%(.02) -0,4%(-.02)	Otros - 22,6 (1,06) + 26 (1,14)	Sin cat +4%(1,91) -4,6%(2,5)	
4.Cat. Actividad social.	G1 142 G2 272	5,019% 11,088%	4	81,76	<.0001*	V=0,1244
Desviación en Porcentajes(residuos)	Trabajo -24,3(2,45) +28,1(2,64)	Academia -31,1(2,31) +35,9(2,48)	Ocio -44,9(2,9) +55,8(3,12)	Otros -82,6(3,97) +95,3(4,26)	Sin cat +3,1(1,56) -3,5(1,68)	
5.Cat. Enfermedad	G1 243 G2 306	8,589% 12,474%	3	38,57	<.0001*	V=0.0855
Desviación en Porcentajes(residuos)	E.mental -13,5(2) +15,6(2,14)	Adicciones -0,4(.03) +0,5(.03)	O.Patologías -60,4(3,59) +69,7(3,86)	Otros 0 0	Sin cat. +2%(1.01) -2,3%(1)	
6.Cat. Salud	G1 44 G2 70	1,555% 2,853%	1	20,88	<.0001*	Q=0,3
7.Cat. Casa Hogar	G1 99 G2 306	3,499% 12,474%	1	148,22	<.0001*	Q=0,594
8.Descripciones físicas	G1 7 G2 6	0,247% 0,244%	1	0	n.s	
9.Descripciones psicológicas	G1 38 G2 11	1,349% 0,448%	1	10,49	.0012*	Q=-0,502
10.Otros	G1 37 G2 28	1,307% 1,141%	1	0,18	n.s	

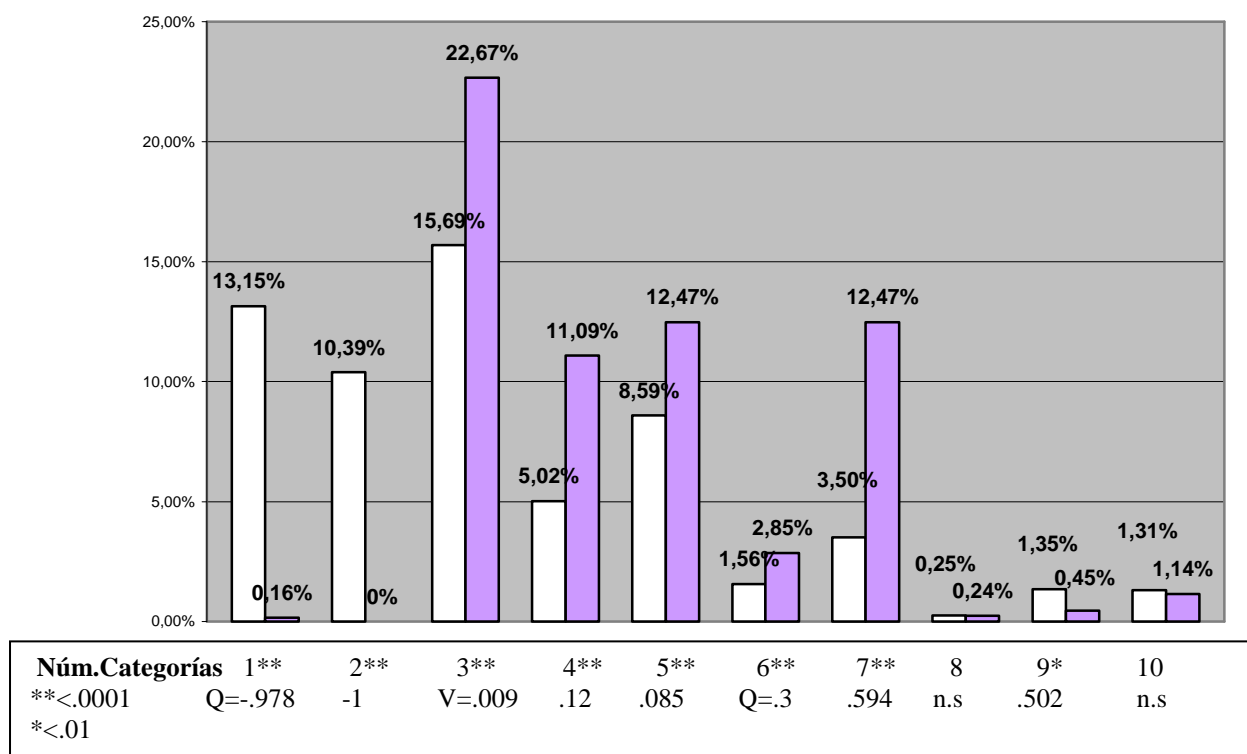


Figura 5.1. Representación gráfica resultados análisis del contenido

Las dos primeras categorías muestran el tamaño de asociación más fuerte, cerca de -1. Tan sólo es necesario echar un vistazo en la columna de las frecuencias para percatarse que en las narrativas del grupo 2 (2G) casi no existen problemas de “Cohesión” y no existen microestructuras con contenidos “delusivos o alucinatorios”. En concreto, de todos sujetos del G1 encontramos cinco usuarios en los cuales se hallan contenidos delusivos o problemas de cohesión evidentes, especialmente en dos usuarios del G1 en los cuales los contenidos delusivos son muy importantes. En el apartado de discusión ofreceré y analizaré extractos donde se evidencian estos contenidos delusivos. Sin embargo en el G2, sólo hallamos un usuario en cuya narrativa se ha encontrado microestructuras con problemas de cohesión.

Tras estas dos primeras categorías, son las categorías 7.“Cat. Casa Hogar” y 9.”Descripciones psicológicas” las que muestran mayor fuerza de asociación. En el G2 existen un mayor número de microestructuras relacionadas con las Casas Hogares que en el G1, casi cuatro veces más y una fuerza de la asociación de casi 0.6. En sentido contrario, existen más del doble de “Descripciones psicológicas” en el G1 que en el G2 con una fuerza de asociación de -0.5. No alta, pero si considerable, es la fuerza de

asociación de la categoría 6. “Cat.Salud”. En el G2 existen un número mayor de referencias a experiencias de superación, recuperación o búsqueda de apoyo social en relación con la enfermedad.

Analicemos ahora las tres categorías centrales 3, 4, y 5. La categoría 3 “Cat. Familiares-afectivas” nos muestra una débil asociación, prácticamente 0.1. En el G2 encontramos un 7% más de referencias a categorías afectivos-familiares. Si prestamos atención a los residuos tipificados (entre paréntesis en la tabla) observamos que son las subcategorías de “familia” y “pareja” en las que se encuentran mayor diferencia entre grupos y contribuyen en gran medida al tamaño del efecto. En sentido contrario, la subcategoría “amigos” presenta unos residuos insignificante.

Respecto a la categoría 4. “Actividades Sociales” hallamos que en el G2 existen el doble de frecuencia que en el G1. Con un tamaño de efecto bajo, aunque mayor que el anterior, en concreto 0.124. Si llevamos nuestra atención a los residuos tipificados observamos que excepto en la casilla de las microestructuras sin categorizar, todas las subcategorías presentan residuos tipificados considerables. Especialmente altos son los residuos de la subcategoría “Otros”. En esta subcategoría se categorizaban microestructuras relacionadas con las “Actividades Sociales” interesantes de ser consideradas pero que no son agrupables en las categorías establecidas a priori. En concreto, el aumento de la subcategoría “Otros” se debe en este caso al alto número de microestructuras relacionadas con el mundo de la gestión de pensiones, subsidios, reconocimiento de derechos sociales, que se puede encontrar en el grupo de larga estancia en las Casas Hogares. Aportaremos en la discusión extractos de este interesante posicionamiento de los usuarios del G2.

En el grupo de larga estancia la categoría 5. “Enfermedad” presenta sólo un 5% más que el grupo de corta estancia, traducido a frecuencias, 63 microestructuras más. Esta diferencia muestra significación, pero el tamaño de efecto es muy pequeño. Si observamos los residuos nos percatamos que la casilla de “otras patologías” es la que presenta residuos tipificados más altos. La casilla de “enfermedad mental” presenta residuos tipificados ligeramente significativos, alrededor de “2” y la casilla de “adicciones” no contribuye casi nada a la fuerza de la asociación. Por lo tanto, es el aumento de las microestructuras relacionadas con patologías no relacionadas con la enfermedad mental las que contribuyen más en el G2 a que el factor explicativo “Tiempo de estancia en las “CH” y la categoría “Enfermedad” no sean independientes.

A continuación, describiremos los resultados del análisis cuantitativo de lo que hemos llamado estructura. Análisis que supone la contabilización de palabras organizadas según criterios lingüísticos y psicológicos mediante el software LIWC que hemos descrito en apartados anteriores. En la tabla 5.4 se puede comprobar que las diferencias en los cuatro primeros criterios de análisis relacionados con el uso de los pronombres en las narrativas no son significativas. Por lo tanto no podemos rechazar la hipótesis nula y afirmamos que no hay diferencias en el uso de los pronombres personales entre los usuarios de larga estancia y de corta estancia.

Uno de los resultados remarcables es el relacionado con el uso de términos emocionales. Como se puede ver en la tabla 5.4, mientras que no hay diferencias significativas en el uso de términos emocionales positivos entre los dos grupos, si existen diferencias significativas en el uso de términos emocionales negativos. En concreto, los usuarios del grupo de corta estancia utilizan más términos emocionales negativos que el grupo de larga estancia, siendo exactos, 116 términos emocionales negativos más. El tamaño del efecto es considerable: -0.238.

Respecto al uso de palabras referidas a la religión, lo sobrenatural o la muerte, denominadas por los autores del LIWC como “Metafísicas”, hallamos las diferencias más notables y los resultados más contundentes. Los usuarios del grupo de corta estancia utilizan 250 palabras menos relacionadas con estos temas que los usuarios de larga estancia. Mientras que el porcentaje para el G1 es de 1,181% y para el G2 es de 0,384%. El tamaño del efecto es considerable: -0.512. El más alto de todas estas categorías. En dirección contraria se mueven las categorías siguientes 11. “Discrepancia” y 12. “Tentativas”. Especialmente importante es la primera. La categoría “Discrepancia” hace referencia a las palabras que muestran discrepancia con la realidad y que de algún modo apuntan a un mundo alternativo. Estas palabras son en gran parte verbos en subjuntivos como debería, podría, sería, etc. Hay que tener en cuenta que el uso de los subjuntivos es complejo y no muy frecuente. Los usuarios del G2 utilizan más palabras de este tipo que los usuarios del G1. Aunque con una p el doble de grande que la que tomamos como referencia para rechazar la hipótesis nula (.01), la categoría “discrepancia” presenta un tamaño de efecto moderadamente alto comparado con la mayoría de categorías anteriores, en concreto 0.378. Por lo tanto, es un resultado que se debe considerar.

	<i>Frecuencias</i>	<i>Porcentajes</i>	χ^2	<i>P</i>	<i>Q</i>
1.Yo	G1 1527 G2 1433	7,745 % 7,752 %	0	n.s	
2.Yo pasivo	G1 615 G2 600	3,119 % 3,245 %	0,45	n.s	
3.Nosotros	G1 53 G2 51	0,268 % 0,275 %	0	n.s	
4.Uno mismo	G1 1546 G2 1470	7,842 % 7,952 %	0,17	n.s	
5.Emoción Pos.	G1 404 G2 345	2,049 % 1,866 %	1,57	n.s	
6.Emoción Neg.	G1 276 G2 160	1,4 % 0,865 %	23,68	<.0001*	- 0,238
7.Metafísica	G1 233 G2 71	1,181 % 0,384%	75,9	<.0001*	- 0.5124
8.Mec. Cognit.	G1 1700 G2 1536	8,623 % 8,309 %	1,17	n.s	
9.Causa	G1 257 G2 275	1,303% 1,487%	2,22	n.s	
10.Insight	G1 391 G2 299	1,983% 1,617%	6,99	0,0082*	-0,103
11.Discrepancia	G1 13 G2 27	0,0659% 0,146%	5,11	0,0238*	0,378
12.Tentativa	G1 173 G2 201	0,877% 1,087%	4,12	0,0424*	0,1078
13.Preposiciones	G1 1914 G2 1954	9,708 % 10,570 %	7,69	0,0056*	0,047
14.Inclusión	G1 1032 G2 1224	5,234 % 6,621 %	32,76	<.0001*	0,124
15.Conct. Causales	G1 372 G2 387	1,886 % 2,093 %	1,99	n.s	
16.Conct.Oposición	G1 176 G2 232	0,892 % 1,255 %	11,51	.0007*	0,17
17.Conct. Temp.	G1 452 G2 592	2,292 % 3,202 %	29,36	<.0001*	0,17
18.Indicadores. Esp.	G1 114 G2 157	0,578% 0,849%	14,69	.0001*	0,239
19. Indicadores. Temp	G1 85 G2 106	0,431% 0,573%	6,16	0.0131*	0,186
20. Pos. Turno	G1 19714 G2 18485	65,83% 66,603%	3,77	n.s	

Respecto al siguiente análisis, recordamos que la categoría “tentativa” se relaciona, para los autores del software LIWC, con las palabras que muestran grados de intermedios de verdad, es decir que indican posibilidad pero no seguridad. Los usuarios de larga estancia utilizan más este tipo de palabras con una “p” cercana a 0.05 y un tamaño de efecto de 0.1078.

Desde la categoría 13. “Preposiciones” hasta la 19. “Indicadores temporales” todas las categorías, exceptuando la 14. “Relaciones casuales” son significativas. Todas las hipótesis nulas son rechazadas con una p menor a 0.01, exceptuando la categoría de “Indicadores temporales” que presenta una p de 0.0131. Todos los tamaños del efecto son superiores a 0.1 excepto la categoría “Preposiciones”. Especialmente los “Indicadores de espacio” que supera 0.2. Siempre en sentido positivo, es decir, mayor número de palabras en el grupo de mayor tiempo de estancia que en el de menor tiempo de estancia. Estas categorías están íntimamente relacionadas con la organización y la estructura de las narrativas y, tomadas conjuntamente, nos indican que las narraciones de las personas con mayor tiempo de estancia están mejor conectadas y situadas espacio-temporalmente.

Especialmente interesante es el contraste entre la no significación de la categoría “Conectores causales”, lo que verifica la no significación de la categoría 9. “Causa”, y la significación de la categoría “Conectores de oposición”. Como veremos en la discusión, la utilización de estos conectores es esencial para elaborar una narración compleja y coherente.

Por último, apreciamos que no existe diferencia significativa en la categoría “posición de turno”, lo cual nos muestra que la producción verbal de los usuarios no está asociada al tiempo de estancia en las Casas Hogar. Es decir, los usuarios de larga estancia no hablan más o menos que los de corta estancia.

Resumo a continuación todos los resultados cuantitativos descritos anteriormente. Los hallazgos más significativos y concluyentes son el radical descenso de las microestructuras con falta de cohesión y con contenidos delusivos en el grupo de larga estancia. Unos resultados tan radicales pueden resultar sospechosos, por lo tanto considero esencial profundizar en este aspecto en el análisis cualitativo.

Otros resultados importantes son grandes diferencias halladas en las categorías de “Casa Hogar”, “Salud” y “Descripciones psicológicas”. Las dos primeras en sentido

positivo, es decir se encuentran más microestructuras referidas a esas categorías en el grupo de larga estancia, la última en sentido contrario.

Respecto a las categorías “Familiares-afectivas”, “Actividades sociales” y “Enfermedad”, aunque las diferencias son significativas, la fuerza de asociación entre éstas y el tiempo de estancia es muy débil y en algún caso marginal. No obstante, si buceamos en las tablas de contingencia podemos descubrir que las mayores diferencias las hallamos en las casillas de “Familia” y “Pareja”, dentro de la categoría “Familiares-afectivas”; también encontramos diferencias en las casillas de “Otros”, dentro de la categoría de “Actividad Social”, aunque aquí todas las casillas muestran residuos altos; y por último, bajo la categoría de “Enfermedad”, la subcategoría de “Otras Patologías” es la que muestra un residuo tipificado más alto. Subcategorías como “Adicciones” y “Amigos” no muestran ninguna diferencia y la casilla de “Enfermedad mental” muestra un residuo moderadamente alto.

Es necesario señalar que la ausencia de diferencias puede ser un indicio interesante. Por ejemplo, el análisis cualitativo ha revelado que el problema de las adicciones es esencial tanto para los usuarios de larga como de corta estancia. Los usuarios explican sus problemas de salud mental en muchas ocasiones describiéndonos sus “aventuras” con las drogas.

En relación al análisis de la estructura, los comportamientos diferenciales de los grupos de larga y corta estancia respecto dos categorías son especialmente reseñables. Primero, me refiero a la ausencia de diferencias respecto a las “Emociones positivas” y al evidente descenso de las emociones negativas en el grupo de larga estancia. Segundo, es interesante que mientras no existen diferencias entre los G1 y G2 respecto a 15. “Conectores causales” y a la categoría 9. “Causa” sí se hallan respecto a la categoría 16. “Conectores de oposición”.

Sin lugar a dudas, el contundente descenso de la categoría 7. “Metafísica” en el grupo de larga estancia también debe ser explorado en nuestro análisis cualitativo. Otro resultado importante es el descenso de la categoría 10. “Insight” en el G2. Este hecho, junto con los hallazgos, aparentemente poco consistentes, referidos a los mecanismos cognitivos (categorías 8-12) y al aumento de las microestructuras de los usuarios de larga estancia en las categorías que van de la número 13.”Preposiciones” a la 19.”Indicadores Temporales” serán analizados en nuestro análisis cualitativo. Estas dimensiones constituirán las líneas de análisis que conformaran la discusión.

5.3 A MODO DE DISCUSIÓN: INTEGRACIÓN Y ANÁLISIS DE POSICIONAMIENTOS SOCIALES

En este extenso apartado se analizarán los posicionamientos sociales de los usuarios en extractos significativos. Se tomarán los resultados cuantitativos para discutirlos e interpretarlos a la luz del análisis cualitativo. La importancia de este capítulo se corresponde a su extensión. En concreto, se analizarán más de 80 extractos, algunos de considerable amplitud. Considero esencial para justificar los resultados mostrar una amplia muestra del análisis cualitativo aplicado a las entrevistas. Se ha dividido el análisis cualitativo, siguiendo las categorías temáticas de nuestros análisis cuantitativos, en los siguientes cinco apartados: Relaciones personales, comunidad y emociones; Actividades sociales; Experiencias de enfermedad y salud; Cohesión, coherencia y estructura narrativa; Conclusión.

Dos apuntes antes de comenzar. Primero, el carácter global del análisis cualitativo que se propone, impide que se puedan dividir con exhaustividad las temáticas de análisis. Por lo tanto, el análisis de algunos extractos incluidos en determinados apartados, traspasará los límites de estos últimos. Por ejemplo, algunos enunciados están relacionados tanto con la experiencia de la enfermedad como con las relaciones familiares. Asimismo, cuestiones analizadas específicamente en un determinado apartado volverán a tratarse posteriormente en el análisis de otros extractos pertenecientes a apartados posteriores.

Segundo. Como he apuntado en el Capítulo de la Introducción al método, el análisis de posicionamientos sociales requiere el estudio de los aspectos no verbales y prosódicos de la comunicación. En nuestro caso, no realizaremos un análisis exhaustivo de esta dimensión, pero sí marcaremos en las transcripciones y analizaremos los aspectos más relevantes que considero imprescindibles para poder comprender los extractos que ofrezco. Para ello he seleccionado una serie de símbolos provenientes de distintos sistemas de transcripción que me ha posibilitado incluir en los extractos aspectos prosódicos y no verbales. He preferido aportar en este Capítulo las claves de interpretación de estos signos, y no en el capítulo sobre el método, ya que es ahora cuando trabajaremos con los extractos. De este modo, facilitaré la consulta del lector.

En la siguiente tabla se exponen los símbolos utilizados seguidos de una definición.

Tabla 5.5 Símbolos utilizados en la transcripción de las entrevistas.

Símbolo	Definición
[...]	Tres puntos dentro de un corchete indican que el extracto continúa aunque se haya decidido no ofrecerlo completo. También es posible encontrar este símbolo al inicio del extracto, esto indicaría que el extracto no es mostrado desde el principio.
[---]	Un corchete que incluye una línea intermitente indica que existe una o varias palabras que no se han podido transcribir, ya sea por problemas técnicos o por problemas de articulación.
[[mi padre]]	Doble corchete indica que las palabras incluidas en éste no se han oído con claridad y que existen dudas sobre su exactitud.
(.)	Micropausa. Menos de 0.5 segundos.
(-)	Pausa. Entre 0.5 y 0.99 segundos.
(1.0)	Pausa de 1 segundo o más. Se indica la duración dentro de los paréntesis.
comio:	Dos puntos al final de una palabra indican un alargamiento del último fonema. La duración del alargamiento se indica por la repetición de los dos puntos (comio:::)
¡Es que mi padre tuvo un tuRRÓN, un tuRRÓN!	Para la transcripción siempre se usan las minúsculas. Las mayúsculas se utilizan para indicar que una sílaba está especialmente acentuada.
<in crescendo>>	La palabra “in crescendo” dentro de los símbolos < >> indica un aumento progresivo de la intensidad de la articulación de las últimas palabras.
<piano>>	La palabra “piano” dentro de los símbolos < >> indica un descenso progresivo de la intensidad de la articulación en las últimas palabras. A veces, se incluye la palabra <susurrando>> en caso extremo.
<risas>>	Dentro de los símbolos < >> se pueden indicar aspectos paralingüísticos o no verbales que son importantes para la comunicación, como movimientos de cabeza, risas o sonrisas.
Siglas en Mayúsculas. P.J.	Las letras en mayúsculas son siglas de personas, lugares o instituciones que se ocultan para imposibilitar la identificación de los usuarios.

5.3.1 Relaciones personales, comunidad y emociones

En este apartado se ha incluido el análisis de todos los enunciados con contenidos referidos a relaciones personales y con las emociones asociadas a éstas. Estos enunciados incluyen referencias a la familia, amigos, compañeros, vida dentro de la Casa Hogar o relaciones de pareja. También hemos incluido, ya que se encuentra directamente imbricado con las relaciones personales, los enunciados en los cuales sea detectable algún tipo de sentimiento de pertenencia a la comunidad. Los subapartados que forman parte de este apartado son: Relaciones personales y emociones; Vida en las Casas Hogares y pertenencia; Resumen.

I. Relaciones personales y emociones

Hemos visto que las subcategorías “Familia” y “Pareja” son las que más contribuyen a la significativa, pero débil, asociación entre la categoría “familiar-Afectivas” y el tiempo de estancia. Si estudiamos cualitativamente los enunciados que contienen microestructuras “Familiares-afectivas”, comprobamos que los usuarios de corta estancia se posicionan como personas dominadas por la pérdida, el abandono o la sumisión. Este hecho correlaciona con el evidente descenso en el grupo de larga estancia de las palabras relacionadas con emociones negativas que hemos comprobado en el anterior apartado.

Veamos algunos ejemplos en los siguientes 6 extractos pertenecientes todos al grupo de corta estancia.

E1.G1.U1.45 (Extracto 1. Grupo 1. Usuario 1. Línea de inicio extracto en transcripción, 45)

1 **Usuario:** desde la muerte de mi padre hay mucha gente culpable.

2 **Investigador:** *¿por qué estás aquí?* (5.0)

3 **U:** por una razón (.) mi padre se ha muerto y siento mucho dolor por mi padre <mejora la articulación, total claridad> .

E2.G1.U2.5

U: muy importante para mí, mi madre está muerta y mi padre se murió hace seis meses.

E3.G1.U2.98

U: yo no tengo amigos por allí ninguno (2.0) mis amigos eran mis padres que murieron.

E4.G1.U3.30

1 **I:** *tú hermana ¡Ah!*

2 **U:** y no vienen a verme (.) no sé por qué (.) no vienen a verme mi dos hermanas, mis
3 dos hermanas (.) dícese que son comunistas o algo (.)

E5.G1.U3.550

1 **U:** y se casa conmigo, no sé ni para que se casa (1.0) y después dice que tiene otros
2 hombres (.) una vez se presentó en la puerta mía y me dice, tengo los hombres así y
3 los montó en el coche me tiro el:: tengo buenos recuerdos míos, no me duele decir
4 que estoy casado, tengo su:: en la salita, la mujer se ha separado por lo que sea (.)
5 tengo que aguantarla ¿sabes? (2.0) estoy mal.”

E6.G1.U4.127

1 **U:** y que yo, ya que se ha muerto mi madre y lo único de que me he librado de lo del
2 médico, ¿sabes? (.) que ya me curo yo solo, y que ya paso (1.0) paso de pone valla, y
3 paso de to: mira soy el hermano mayor y me busco la vida y ya empiezo a viajar y
4 cuando estaba con mi madre me encerraba en el médico, me llevaba al médico, al
5 médico, al médico, al médico, al médico, y todo el día en el médico (1.0) y ella fue la
6 médico y se murió en el médico (1.0) esTÁ en el cementerio (.)

Los primeros 3 extractos están dominados por el sentimiento de la pérdida (E1, E2 y E3). Los usuarios se posicionan como protagonistas pasivos que sufren la pérdida de seres queridos (por ejemplo en el E1, L3; Extracto 1, Línea 3). No es extraño que la causa de estos fuertes sentimientos de pérdidas sea en la mayoría de las ocasiones la muerte de los padres. Los padres constituyen la única red social de apoyo para muchas personas con TMG (trastornos mentales graves). Tampoco es difícil imaginar el reto y la amenaza que supone la pérdida de los progenitores tanto desde el punto de vista emocional como práctico, puesto que las personas con TMG quedan sin recursos para enfrentarse a las exigencias sociales. La muerte o la enfermedad de los padres son las razones que mayoritariamente aducen los usuarios para explicar su ingreso en las Casas Hogares. Veamos otro ejemplo, de los diversos que se han encontrado en las narrativas, no sólo del G1, sino también del G2.

E7. G1.U7. 54

1 **I:** *¡ah! ésta es la primera y ¿por qué empezaste aquí? (1.0)*

2 **P:** porque mi madre: (1.0) mi me (.) mi madre dice: yo: a lo mejor me voy a morir:
3 (1.0) y efectivamente se ha muerto

4 **I:** *uhm lo siento*

5 **P:** gracias y: (1.0) mi hermano también se ha muerto y digo ¿dónde voy yo? pues a
6 una residencia aquí en la casa hogar.

Las emociones que se pueden encontrar en el G1 no se reducen al sentimiento de “pérdida”. También se halla que algunos usuarios del G1 se posicionan como abandonados. En concreto, en los E4 y E5, el mismo usuario se posiciona como “abandonado”, en primer lugar, respecto a sus dos hermanas: “no vienen a verme mi dos hermanas, mi dos hermanas” (E4, L2). Es interesante el hetero-posicionamiento de las hermanas como comunistas para explicar que no lo visiten. Como veremos más adelante, este usuario impregna su narración de preocupaciones político-religiosas en muchos casos de carácter delusivo. En el E5, el mismo usuario se posiciona como abandonado por su mujer. En este extracto el usuario hace especial énfasis en su posicionamiento como víctima por dos vías. Por una parte, en la L2, posicionando a su mujer como activa sexualmente con otros hombres, actividad que no esconde, sino que se la muestra explícitamente al ex-marido. Así, el usuario se posiciona como “ultrajado”, en términos vulgares, como “cornudo”. Por otra parte, el usuario se posiciona en las L3, L4 y L5 como vinculado a su mujer, hasta el punto de afirmar en la última línea que “tiene que aguantarla”. Con lo cual, no sólo se posiciona como víctima, sino también como único defensor del vínculo entre esposo y esposa. La frase de la L1 “y se casa conmigo, no sé pa que se casa”, apoya esta última interpretación.

En el E6, el usuario posiciona a la madre como una aliada de los servicios sanitarios, los cuales ejercen poder sobre el usuario. El usuario se posiciona liberado del poder de la madre y sus aliados. En la L1 del extracto se comprueba meridianamente: “y que yo, ya que se ha muerto mi madre y lo único de que me he librado de lo del médico”. La muerte de la madre posibilita que el usuario se empodere posicionándose como hermano mayor en la L3: “mira soy el hermano mayor y me busco la vida”. Este extracto no sólo no es contradictorio con lo que decíamos antes sobre los padres como única red social de las personas con TMG y el sentimiento de pérdida sino que, como veremos más adelante, es complementario. Son extremadamente interesantes, además de valiosos en términos literarios, las tres últimas líneas L4, L5, L6. La repetición de la palabra “médico” al final de cada frase, para terminar tan sólo con la reiteración de ésta “médico, médico, médico” (L5), además de imprimir ritmo, denota el control y la represión que ha sufrido el usuario. Para concluir, el usuario construye una antítesis al contraponer el uso rítmico del sustantivo “médico” con la muerte de la madre, precisamente en el médico, y su fin en el cementerio: “...todo el día en el médico (1.0) y ella fue al médico y se murió en el médico (1.0) esTÁ en el cementerio (.)”.

Veamos las diferencias con los usuarios del G2 cuando relatan experiencias relacionales negativas.

E8.G2.U11.224

1 U: pero cuando:: luego, cuando terminé la mili volví de nuevo y estábamos más o
2 menos bien, lo que pasa es que tenía sus prob (.) ella pensaba en su propia familia y ya
3 no, es que no, no sé yo lo que pasó, que pensaba en otros (.) en otr (.) pensaba en sus
4 padres, y ella era una niña, tenía 19 años, yo tenía 21, y entonces claro, pensaba en sus
5 padres, sus padres, sus padres y no llegamos a ninguna conclusión clara, estábamos en
6 la feria, celebra... íbamos a la feria [...] yo tenía familia en C. (.) y:: pero siempre:
7 pero claro ya fracasó todos, ya se fue con grupo de amigos y ya no pudo ser, teníamos
8 nuestra relación pero siempre dentro del grupo, no teníamos, no teníamos esa
9 libertad...

En el extracto anterior el paciente muestra gran capacidad analítica para explorar las posibles causas de su fracaso sentimental. Más que focalizar su intervención en las consecuencias emocionales de la ruptura se esfuerza en descubrir los factores que la causaron. También podemos observar capacidad para situarse en el campo experiencial de otras personas, es decir, para atribuir intenciones y pensamientos a otras personas. Lo que podríamos denominar “Teoría de la mente” (Premack y Woodruff, 1978). Obsérvese la abundancia de conectores adversativos (L1, L6, L7, L8) los cuales introducen perspectivas alternativas de la realidad. Como hemos visto en los resultados cuantitativos, el uso de los conectores de oposición aumenta significativamente en el grupo de larga estancia. Esta capacidad posibilita la construcción de descripciones complejas de personas desde distintas perspectivas. En las narraciones de los usuarios del grupo de larga estancia podemos encontrar descripciones muy complejas y sutiles de familiares. Veamos un extracto, un poco extenso, pero muy interesante, en el cual un usuario describe la relación con su madre.

E9.G2.U16.243

1 I: *y ¿qué tal la relación con tu madre entonces? ¿Bien?*
2 U: mi madre bien:: (.) bien, pero mi madre era una persona: que había que darle a
3 comer aparte porque era, tenía una mente muy retorcida, muy controvertida: nunca
4 estaba contenta con nada: (.) una persona, ha muerto con 81 años, una persona
5 antigua, 5 acostumbrada a comer pringás, hasta el día antes de comer, de morir allí en la
6 residencia me decía me decía a mí que malamente estoy yo aquí, que harta
7 estoy de estar aquí, no se: adaptaba a la comida ni a la vida ni a las normas de la
8 residencia (.) y conmigo pues le ha pasao igual, conmigo, yo le fregaba, yo iba a por
9 los mandaos, yo hacía de comer, porque un cocido, un potaje, una tortilla, un papas

10 fritas, todo eso lo sé yo hacer porque lo he hecho con ella (.) yo le lavaba la ropa a
 11 MAño <énfasis>> en una pila, sin tene:[...] y bueno (1.0) bien, bien (.) ella ya ha
 12 muerto: (1.0) dignamente, (1.0) <un usuario pregunta algo al entrevistado>> ahora
 13 no P. ahora no (.) ahora no P. ahora no (.)
 14 **I: ha muerto dignamente, [bueno tú te:::]**
 15 **U:** yo me he comportao con ella lo mejor que he podido, cuando yo no la podía
 16 tener, porque se me, se me cayó una vez, yo tenía que comer aquí, la dejaba a ella
 17 sola, entonces yo iba para allá sin saber lo que iba a encontrar (.)
 18 **I: una preocupación (.)**
 19 **U:** me la encontré allí tirá, una casa muy antigua un escalón muy alta, una casa muy
 20 antigua ¿sabe usted? y al intentar subirlo se resbaló se pegó en la espinilla, pobrecita
 21 y estaba, tenía un charco de sangre echaó por allí, [----] entonces yo le puse una
 22 venda como pude llamé a la ambulancia y se la llevaron a la clínica, estuvo dos o
 23 tres días y de la clínica mi hermana conocía a la gente de la foam² y bien, yo con
 24 ella bien, ella me quería a mí mucho (.) yo la quería a ella también, pero yo
 25 reconozco que era una persona que (.) que allí estaban harta de ella y donde quiera
 26 que fuera están harta con ella, [---] yo he bregao mucho con Ella (1.0) MU:cho
 <énfasis>> (2.0)

El usuario comienza con un resumen evaluativo de la relación con su madre (L2) “Mi madre bien, bien”. Evaluación que coincide con la evaluación-coda que realiza el usuario en las últimas líneas (L24-L25). Inmediatamente, después del conector adversativo “pero”, el usuario describe profundamente los problemas del carácter de su madre. El usuario describe las características psicológicas de la madre. Para el usuario, la madre “tenía una mente retorcida”, “muy controvertida”. En la línea L4 el usuario define a su madre mediante una categoría de carácter social: “antigua”. Es evidente que el usuario no se refiere a la edad biológica de la madre, sino a sus costumbres y sus creencias y añade un ejemplo, no por extraño, menos interesante, “una mujer acostumbrada a comer pringás”. La voz de la madre aparece en estilo directo en la línea L6. En resumen, el usuario posiciona a la madre como incapaz de adaptarse a nuevos contextos. La afirmación del usuario “conmigo le ha pasao igual” (L8) define su relación con su madre como problemática, aunque de forma implícita. Es la única referencia negativa a su relación personal con la madre. El usuario se posiciona como un cuidador experto de su madre, tanto entre las líneas L8-L11 como en la última L26: “yo he bregao mucho con ella (1.0) MU:cho”. Es muy destacable este posicionamiento como cuidador por varias razones. La primera, porque no es habitual en una persona que sufre problemas de salud mental. Muy raramente aparecen estas personas en publicaciones, científicas o no, como cuidadoras cuando en muchos casos lo son. Es decir, no son sólo los padres los que cuidan a sus hijos enfermos, sino que, en muchos

² Federación de Organizaciones Andaluzas de Mayores.

casos, es al contrario. Hacer visibles estas funciones es muy importante porque sitúa al usuario como un agente, con responsabilidad y con una función social. Además, en este caso, es un hombre el cuidador, lo cual no es frecuente. Para terminar con este extenso análisis hago referencia a tres enunciados de carácter evaluativo final: “y bueno (1.0) bien, bien (.) ella ya ha muerto: (1.0) dignamente” (L11-12), “yo me he comportao con ella lo mejor que he podido, cuando yo no la podía tener” (L15) “y bien, yo con ella bien, ella me quería a mí mucho (.) yo la quería a ella también, pero yo reconozco [...]”(L23). Los tres enunciados, aunque separados por la descripción del episodio de la caída de la madre, la cual es definible como un esfuerzo argumental para apoyar su posicionamiento como cuidador a pesar de las dificultades, son de carácter evaluativo y señalan el final de la intervención del usuario. El usuario afirma que la madre ha muerto “dignamente”, se posiciona como cuidador a pesar de las dificultades, afirma que el cariño entre ellos era mutuo y, al mismo tiempo, describe a la madre como problemática, “pero yo reconozco...” (L25). Estos tres enunciados sintetizan la complejidad de los posicionamientos y de las conexiones entre éstos que podemos observar en su narración.

Podemos seguir explorando las diferencias entre las narrativas del G1 y G2 en los relatos de algunos episodios que van más allá de una mayor carga emocional negativa. Algunas experiencias relacionales que narran los usuarios de corta estancia no sólo muestran un carácter emocional negativo, sino que parecen tener la capacidad de bloquear el flujo del tiempo, de impedir cualquier proyección hacia el futuro de las narraciones vitales; de este modo, se imposibilita la vivencia plena de cualquier experiencia posterior al evento bloqueante. Como hemos visto, Holma y Aaltone (1995, 1998a, 1998b) nos advierten de que existen “subjugating stories” que pueden impedir la actividad de la “cualidad pre-narrativa de la experiencia humana”. En otras palabras, algunas experiencias narradas por los sujetos del G1 presentan propiedades de las experiencias traumáticas. Algunos autores han comenzado a estudiar las relaciones entre las experiencias traumáticas y los síntomas de la esquizofrenia (Lysaker, Meyer y cols., 2002; Read, Perry y cols., 2001; Read, Godman, Morrison, Rossy Aderhold, 2005; Romme y Escher, 2000; Saavedra, 2008a). Romme y Escher realizaron una revisión de distintas investigaciones y mostraron que los resultados de estos trabajos señalan que el porcentaje de enfermos psicóticos que han padecido algunas experiencias traumáticas recorren el tramo entre el 51% y el 98%. Con el término de experiencias traumáticas me

refiero a maltratos, abusos, crímenes, accidentes, pérdidas inesperadas, etcétera. Tromp, Koss, Figueredo y Tharan (1995), compararon narraciones construidas por mujeres víctimas de asaltos sexuales acerca de estas experiencias junto con acontecimientos placenteros y no placenteros no relacionados con el asalto. Los resultados indicaron que las narrativas sobre el asalto presentan mayor número de emociones intensas que el resto de narrativas (incluida la no placentera), pero la frecuencia de palabras de carácter emocional fue menor que en las narrativas de eventos no placenteros. Las narrativas sobre los asaltos sexuales fueron ambiguas y menos articuladas. Estos autores sugirieron que la memoria traumática se encuentra menos organizada que la memoria no traumática. En mi opinión, el carácter traumático de algunos eventos y la carga emocional alta de las narraciones de los usuarios del G1 implican que las narraciones estén peor elaboradas y que pueden tender a sufrir problemas de cohesión y coherencia. Analizaremos con detenimiento algunos eventos que considero traumáticos del G1 y los compararemos con la forma de dar cuenta que tienen los usuarios de larga estancia de eventos similares. Comprobaremos cómo los usuarios del G2 presentan mayores recursos discursivos para narrar, de forma coherente y sin perder el control, eventos, en algunos casos, trágicos.

Tras preguntar a un usuario del grupo de corta estancia sobre su relación con su padre éste nos responde.

E10.G1.U3.494

1 U: ¡NO! con mi padre s:: yo sí me llevo bien con... un día me levantó la mano y
 2 entonces como salió mi madre que había muerto pues ya, me vi yo y un día me
 3 levanté ¿por qué me pega? (.) ¿por qué me pega usted a mí? si tengo 14 años ¿por
 4 qué me pega usted a mí? sin motivo y sin na:: un paraguas que se ha roto ¿qué culpa
 5 tengo yo del paraguas? ese paraguas lo he puesto yo allí, más de veces que no se me
 6 ha caído el paraguas roto ¿por qué me pega usted? (1.0) y él entonces va pues cogió
 7 pues (2.0) no me quería (.) mucho (.) no mucho:(1.0) y mi hijo pues va a ser que no lo
 8 voy a conocer porque se llama [...]

Dos usuarios del grupo de corta estancia nos relatan episodios de maltratos por parte de su padre de forma clara. En otra narración de una usuaria del G1 hallamos indicios razonables de maltrato del padre a la madre, aunque la usuaria no es lo suficientemente explícita en sus descripciones para afirmarlo con certeza. En el extracto anterior, sin embargo, la evidencia es clara. En E10 el usuario nos relata un episodio de maltrato físico por parte del padre. El usuario vacila al principio de su intervención.

Incluso parece que valora positivamente su relación con su padre (L1). Sin embargo, una vez empezado el relato escenifica el episodio mediante preguntas en primera y segunda persona y en tiempo verbal presente. Es decir, utilizando el estilo directo. Pero no cualquier estilo directo, sino el estilo directo libre. El usuario pregunta como si su padre estuviera presente. El uso del tiempo verbal presente para describir experiencias pasadas es una señal de alta activación emocional y del posible carácter traumático de la experiencia de la que se está dando cuenta. De hecho, los tres primeros usuarios del G1 son los que utilizan más el tiempo presente en sus descripciones. Estos tres usuarios también son aquellos con más microestructuras delusivas. La dramatización de los episodios narrados, como si de una obra de teatro se tratara, es un rasgo esencial de las narraciones con marcado carácter emocional. La información que transmite el paciente por los rasgos prosódicos de su voz es de una gran tristeza. Para terminar, el paciente valora, ya en tercera persona, la relación con su padre de forma completamente distinta a la del principio de su intervención: “no me quería (.) mucho (.) no mucho” (L7). En la L2 existe una microestructura incoherente: “como salio mi madre que había muerto ya”. No es posible discernir si el usuario se refiere a que su madre ya no estaba presente porque había fallecido o si se trata de un experiencia alucinatoria o delusiva. El verbo “salir” usado en este contexto y sin contextualizarlo es completamente ambiguo. Al final del extracto, el usuario comienza a hablar de la relación de su hijo, o más bien de su falta de relación, puesto que afirma que no lo llegó a conocer.

Veamos algunos extractos pertenecientes a otro usuario del grupo de corta estancia relacionados con maltratos por parte de su padre.

E11.G1.U8.120

- 1 **I:** *y la relación con tu padre ¿qué tal? porque me has dicho que tu madre murió*
- 2 *cuando eras muy [chico]*
- 3 **U:** [¡AH!] con mi padre me pegó y todo cuando me vine,
- 4 **I:** *vaya (.)*
- 5 **U:** me pegó to: me acuerdo, me pegó un palizón (.)
- 6 **I:** *vaya (.)*
- 7 **U:** porque no quería estudiar ni nada, no quería estudiar, me pegó un palizón, no
- 8 porque no quería, sino porque yo no estoy capacitao para estudiar, no sé esas cosas,
- 9 no entiendo yo (1.0)

Es interesante que el usuario interrumpa el final de la pregunta del investigador y comience con una interjección (¡Ah!) lo cual muestra una importante activación del usuario ante lo que el investigador pregunta. El usuario, en la L7, pone en relación los

maltratos recibidos con su “incapacidad” para los estudios. Es importante la distinción entre la voluntad y su capacidad real de estudiar que realiza el usuario en la L7 y L8. De este modo el usuario se posiciona como poco capacitado para los estudios pero no con falta de voluntad. En el siguiente extracto el usuario es más explícito y señala la forma en la que el padre lo maltrataba. En concreto el usuario habla de “patadas” en la L5.

E12.G1.U8.123

1 **I:** *y la relación con tu padre entonces no iba bien:*

2 **U:** no iba bien (1.0) peleándonos en el campo, peleándonos (.) porque discutíamos,
3 yo me venía con la moto, yo me venía, ahora me voy a acostar, era muy tarde ya (.)
4 era por lo menos las dos, luego él ya espérate una mejilla, espérate una mejilla,
5 luego a veces me pegaba paTAS, cuando llegaba a casa me pegaba unas regañifas
(2.0)

En el siguiente extracto (E13) el investigador pregunta al usuario porque ha mejorado su relación con el padre en la Casa Hogar. El usuario afirma en la L2 “como no me tiene”. Es decir, se posiciona como una persona liberada en la actualidad y como un sujeto pasivo a disposición del padre en el pasado. El usuario explica la violencia del padre a partir de sus problemas de conducta y dificultades con el tratamiento farmacológico. Incluso en algún momento, concretamente en la L4, parece justificar la conducta del padre al decir “ya cansaba claro” en relación a su comportamiento con sus padres. Es notable la descripción de los problemas con la medicación L5 “Me las tomaba de higo a breva y me las tomaba a puños”. Es decir, los dos extremos.

E13.G1.U8.141

1 **I:** *y eso ¿por qué? ¿por qué piensas que ha mejorado la relación?*

2 **U:** pues no sé, como no me tiene ahora (.) no me tiene (.) antes lo que tenía es que (.)
3 tomaba muchas pastillas, y yo siempre papa ¿dame un euro? todos los días antes
4 durante [-----] ya cansaba claro, y ya me pagaba y todo muchas veces, y no me lo
5 daba, con las pastillas igual, ya me las tomaba de higo a brevas, y me las tomaba a
6 puño, ¿sabes? (.)

A continuación, expongo un extracto de un usuario del G1. Sus esfuerzos por liberarse de la responsabilidad de algunos delitos cometidos décadas atrás causaron que el usuario se sumerja en la delusión y la incoherencia narrativa. Posteriormente, ofreceré varios ejemplos de experiencias traumáticas de usuarios del G2 y observaremos cómo resuelven la situación de forma más coherente y sin caer en contenidos delusivos.

E14.G1.U3.58

1 U: de los 16 hasta los 18 (.) y me han pasado dos casos, los dos casos que me han
 2 pasado, los dos casos que me han pasado cosas malas, que una vez me entró una
 3 especie de espíritu negro en la boca.

4 I: *¿una especie de QUÉ?*

5 U: de espíritu negro (1.0) una especie de espíritu negro.

6 I: *¡ah! de espíritu negro.*

7 U: un espíritu negro me entró y cometí un delito de exhibicionismo (.) me cogió la
 8 guardia civil porque yo no lo hice queriendo, porque si lo hubiera hizo queriendo [...]

9 U: y no hice NA, no hice NA (.) sino que hice una cosa de exhibicionismo porque
 10 estaba poseído.

11 I: *uhm*

12 U: después he ido a dormir allí en Sevilla... e igual (.) los dos casos parecidos, como
 13 si estuviera poseído (.)

En E14 el usuario nos informa de dos delitos de “exhibicionismo” que había cometido muchos años atrás. Analicemos cómo nos relata el paciente este suceso. El usuario utiliza una extraña forma pasiva para comunicarnos por primera vez la información (L1 y L2). Además, lo más llamativo del extracto es la aparición de un elemento sobrenatural: un espíritu negro. En cuatro ocasiones aparece este espíritu en el extracto. El usuario se exonera de responsabilidad mediante el espíritu negro, el cual poseyó al paciente, y el uso continuo de la forma pasiva. De este modo, en E12, el paciente no disfruta de ningún grado de agencia. En este extracto el paciente se posiciona como una víctima de un ser sobrenatural que lo fuerza a realizar “malas cosas”. Desde una perspectiva narrativa las negaciones de la enfermedad o delusiones pueden ser entendidas como intentos activos de dar sentido a los síntomas psicóticos, de explicarlos a través de las experiencias de vida y conocimientos de los pacientes. Sin embargo, aunque estas elaboraciones pueden dotar de significado personal a la experiencia de enfermedad, difícilmente dotarán de significado social a éstas. Observamos que la descripción de los hechos es muy pobre, casi no se describe el escenario y rápidamente aparece la figura de la posesión que se repite seis veces en toda la narrativa del usuario. Siempre que se reconoce como “exhibicionista” aparece la “posesión”, hasta el punto de que no se puede entender un posicionamiento sin el otro. Rápidamente observamos que el “yo como poseído” juega un papel fundamental en la identidad del sujeto. El mal siempre es explicado por medio de las posesiones. A partir de este punto, el usuario termina envuelto en una compleja red de contenidos delusivos. La necesidad de demostrar y apuntalar continuamente su inocencia le exige implicarse en el arduo trabajo de justificar y explicar todo el mal en el mundo. Por ejemplo, en

alguna ocasión intenta hacer comprender al investigador que Judas era inocente y que fue poseído por Satanás para realizar una misión.

Veamos un par de extractos de un usuario del grupo de larga estancia diagnosticado de esquizofrenia paranoide, en el cual nos relata cómo apuñaló a su hermano. No es necesario hacer énfasis en lo trágico del episodio. Posteriormente analizaremos el extracto.

E15.G2.U10.14

1 U: una vez tuve una con un hermano drogadicto que tuve (1.0) tuve una pelea muy
2 grande porque él se drogaba heroína, se pinchaba heroína en el brazo, y::: se lo llevaba
3 to, lo mismo se subía a una escalera y cogía un cartón de tabaco que vendíamos
4 winston y una vez un día pues tuve una pelea con él porque se quiso llevar el
5 televisor, que era lo único que quedaba, y empezó diciéndome que se iba a::: se
6 llevaba el televisor, yo me puse por medio, estaba muy agresivo, yo le dije que no,
7 estaba borracho encima y se me vino pa mí y que se lo llevaba y yo me puse en que
8 no, mis hermanos se quitaron todos de en medio al ver que se puso muy enfureció,
9 pero yo le eche valor, me paré, y fue a por un vaso, cogió un vaso de la cocina y se lió
10 a darme golpes en la cabeza hasta que un cuchillo se cayó de la mesa sin querer, o le
11 dio a la mesa, se cayó la mesa, los dos forcejeando, le pegué una puñalá (.) y lo maté
12 (1.0) estuve en la cárcel dos años (1.0) lo he pasao muy mal, muy mal, muy mal [...]

Para empezar, podemos decir que, al contrario que en el caso del paciente anterior, existe una rica descripción del escenario de la experiencia: sabemos que están en la casa donde residían él y sus hermanos, que estaban presentes todos estos, se citan los objetos que son importantes, el televisor, una mesa, vasos, el cuchillo, etcétera. En la descripción aparecen los estados emocionales de los protagonistas: “estaba muy enfureció”, “muy agresivo”, “le eché valor”, “lo he pasao muy mal”. Aparecen estados intencionales: “me dijo que se quería llevar el televisor”, “yo me puse en que no”, etcétera. A pesar de ello y del dramatismo del suceso, el autor de la narración mantiene siempre el control de ésta y no aparecen en la narración emociones de tal intensidad que distorsionen la estructura de la narración. En la narración del suceso se suceden las participaciones de los dos protagonistas intermitentemente como si de un diálogo se tratara. Por lo tanto, la perspectiva del hermano del paciente no se encuentra anulada, sino que el paciente es capaz de tomar esta perspectiva e integrarla en su narración. Las reacciones de los actores responden a las acciones de los otros actores; las acciones se encuentran perfectamente conectadas y articuladas. Además de todo, el paciente en las primeras líneas del episodio, pone en antecedentes al lector, indicando que su hermano

era heroinómano y advirtiendo de su conducta habitual por lo que ofrece una posible explicación de lo sucedido. Por último, el paciente afirma “y lo maté”, “estuve dos años en la cárcel” y “lo he pasao muy mal, muy mal...”. No añade, en este extracto, ningún tipo de justificación, no evita su responsabilidad y señala las consecuencias de su acción. Estas características son diametralmente opuestas a las que Dimaggio, Salvatore y cols., (2003) afirman que presentan las narrativas empobrecidas. Observamos en el episodio que el “yo como asesino” no se encuentra aislado del resto de posicionamientos, como sí ocurre con el posicionamiento como “exhibicionista” en E14. En este extracto el usuario intenta por todos los medios que el yo como “exhibicionista” quede aislado del resto de los componentes de la identidad en la narrativa. En este caso, la perspectiva del hermano se encuentra integrada. Existen otros episodios donde advertimos que el hermano aparece habitualmente y entabla diálogo con el paciente. Ofrecemos un ejemplo.

E16.G2.U10.101

1 U: éramos siete hermanos (.) menos el que falleció, quedan seis (.) pero que yo este
2 era el hermano que yo más quería (.) yo no quise hacerle daño. Hacerle daño. Yo cada
3 vez que me acuerdo me pongo a llorar (.) lo que pasaba es que... y todo los días lo
4 recuerdo [...] y ella (su novia) intenta animarme (.) cuando me ve triste, me dice
5 ¿estas pensando? no pienses más, no pienses más, me dice ella.

En este episodio vemos también cómo un hetero-posicionamiento, “mi novia” (L4), media entre el “yo como asesino” y el posicionamiento externo de “mi hermano”. En este sujeto no existen posicionamientos de carácter delusivo. Es posible que la integración de todos los posicionamientos proteja al usuario de la aparición de contenidos delusivos; aunque esto último sólo sea una hipótesis. En términos psicosociales se puede decir que el apoyo social es un importante mediador y factor de protección ante cualquier estresor. Otros posicionamientos externos (hetero-posicionamientos) e internos (auto-posicionamientos) enriquecen el repertorio de este usuario. Este hecho y la integración de los posicionamientos más conflictivos impiden que posicionamientos de carácter negativo como “yo como encarcelado”, “yo como asesino” o “yo como enfermo”, se hipertrofien y tomen el control de la identidad del sujeto.

Veamos otro ejemplo del grupo de larga estancia que presenta algunos rasgos similares al anterior y que, desde luego, también es resuelto con coherencia.

E17.G2.U16.145

1 U: entonces pues había unos chavales, que: menores, que, eh: me decían B. me dicen
 2 B. ¡B. loco, vete de aquí mariquita! pasaban conmigo roando por: o sea cerca,
 3 rozándome los pies con las motos haciendo caballito y pasé por un paso de cebra
 4 venía un señor con una moto apagá (1.0) por una cuesta abajo y sin luz y me pisó los
 5 pies, los: pies, y al acelerar me pasó las ruedas el otro por los pies, ¡illo cojones ten
 6 cuidao que me vas a maTÁ: me cago en la mar! ¿tú quieres algo? ¿tú quieres? ¡no que
 7 tengas cuidado! me cogió uhm: me cortó la retaguardia por donde yo tenía que pasá,
 8 porque él a mí me conocía, yo a él no, pero él a mí me conocía, un muchacho joven, y:
 9 total me insultó, me sacó un cinto, y yo pues le saqué un cuchillo que llevaba y digo
 10 déjame que como me pegues con el cinto te voy a dar con el cuchillo que yo ya tengo
 11 muchos problemas y: no quiero: total bueno yo me voy y cuando me di la vuelta: se
 12 vino para abajo me echó la moto, me tiro allí (.) dos o tres metros, dos o tres metros
 13 me tiró con una moto que tenía prepará, me hizo un caballito me tiró dos o tres
 14 metros rodando (.) me pillé el pie que no me podía levantar, y después volando y me
 15 tiró al suelo no me podía levantar y después me cogió y se lió a pegarme puñetazos y
 16 me puso, y yo con la mano en el cuchillo y al quitármelo de encima pues se lo hínqué
 17 y ahora tengo un juicio por eso y:::
 18 I: ¿resultó él [herido]?
 19 U: [él herido], él herido y yo contusionado,
 20 I: [claro] contusionado
 21 U: [yo] después llegué a mi casa y yo perdí el conocimiento del dolor que
 22 tenía en el cuerpo se jartó de pegarme patas y puñetazos en la cara, yo
 23 llevaba la cara una bota, hinchá y todo el cuerpo molido y magullao.

De nuevo, en este extracto otro usuario describe con mucha complejidad y coherencia un suceso que puede tener repercusiones muy importantes en su vida: un apuñalamiento. Desde la línea L1 a la L4 el usuario presenta al oyente los protagonistas y el escenario donde se desarrolla la acción. En el cuerpo medio del extracto (L5-L17) el usuario describe el hecho que provoca el conflicto (“me pisó los pies”). En esta parte de la narración encontramos diversos enunciados en estilo directo pertenecientes al usuario y a su agresor. También describe mínimamente al agresor (L8). El usuario contendiente es descrito como agresivo, es decir, busca intencionalmente el enfrentamiento. En sentido opuesto se posiciona el usuario. El enunciado “déjame que como me pegues con el cinto te voy a dar con el cuchillo que yo ya tengo muchos problemas” (L10), es fundamental, ya que el usuario se posiciona como una persona con muchos problemas. Este enunciado tiene una doble dirección. Por una parte, posiciona al usuario como carente de deseos de enfrentarse con el supuesto agresor. Pero, al mismo tiempo, posiciona al usuario como una persona con muchos problemas, es posible que de tipo legal, por lo tanto, también se posiciona como una persona peligrosa si el agonista decide atacar, y que es posible que esté acostumbrada a estas lides. El

extracto se resuelve entre las líneas L13 y L23 con la puñalada del usuario, descrita como en defensa propia, y el juicio en el cual ha desembocado la reyerta. La pregunta del entrevistador, si resultó herido su contrincante, provoca, en términos de Labov (1972), una evaluación-coda (L18-L23). Es decir, un juicio valorativo de carácter global que cierra la narración. Esta parte final deja claras las graves lesiones que sufrió el usuario ante el peligro de que el entrevistador considerase excesiva la respuesta del usuario. Probablemente, el usuario consideró la pregunta del investigador en la L18 como amenazante de su posicionamiento como víctima. Es interesante observar la complejidad de la narración del usuario y el hecho de que acepte la responsabilidad del apuñalamiento (L16-L17), aunque, como es lógico, lo justifique de forma eficiente y coherente. Como en el extracto E15 encontramos algunos enunciados en estilo directo en L5 y L6 en el cuerpo medio del relato. Estos enunciados aportan dramatismo y verosimilitud al relato. El uso del estilo directo es propio de relatos que han sido denominados “*szenisch-episodische Erzählung*” (relatos escénicos-episódicos) por Lucius-Hoene y Doppermann (2002). Es decir, historias de carácter episódico muy contextualizadas, a veces con una estructura narrativa de presentación, nudo y desenlace completo, con las cuales los pacientes explican algunos episodios de vida significativos. Tanto en E15 como E17 aparecen algunos enunciados en estilo directo, sin embargo, estos enunciados no apagan la voz del narrador, el cual domina y organiza el relato. Podríamos decir que el carácter novelístico de los extractos E15 y E17 no es ahogado por algunos rasgos dramáticos. Es posible ver la diferencia, por ejemplo, con E10, donde la voz del narrador es muy débil y predomina la voz del protagonista en estilo directo, aunque el protagonista del relato sea el usuario mismo. También es posible decir que el usuario aparece, en este extracto E17, con capacidad de agencia, de intervención en el mundo, y con el suficiente control como para desplegar un repertorio de conductas aparentemente planificadas en una situación conflictiva. Más adelante, nos ocuparemos más detalladamente de la capacidad de agencia.

II. Vida en las Casas Hogares y pertenencia

Abordamos, a continuación, la relación de los usuarios con distintas dimensiones de las CH. Como hemos visto en el capítulo sobre “Recuperación”, la sensación de pertenencia y de hogar es esencial. Por ello, merece la pena que nos detengamos en analizar cómo se posicionan los usuarios respecto a la vida dentro de las Casas Hogares.

El análisis cuantitativo muestra cómo las micro-estructuras relacionadas con las CH son mucho más abundantes en el G2 que en el G1. En un principio puede parecer lógico puesto que las rutinas de vida en las CH se convierten para los usuarios de larga estancia en la materia esencial con la cual construir sus narrativas de vida. Sin embargo, y en sentido contrario, también podemos inferir fácilmente que el episodio más saliente, menos canónico y el que es necesario explicar para los usuarios de corta estancia es su ingreso en las CH. Por lo tanto, la nueva vida en las CH, las expectativas y las razones de esta nueva vida, deberían ser aspectos centrales de las narraciones de los usuarios de corta estancia. En los siguientes dos extractos podemos comprobar los problemas de los usuarios del G1 para explicar las razones de su nueva estancia y para conjugar distintos posicionamientos. Un usuario del grupo de corta estancia nos muestra con meridiana claridad la dificultad para aceptar la nueva vida en la Casa Hogar. En concreto, en los siguientes extractos podremos observar las dificultades para integrar dos posicionamientos respecto a su reciente incorporación a la Casa Hogar. Los dos posicionamientos son los siguientes. El primero, la aceptación de la residencia en la Casa Hogar como situación más razonable y positiva para él. Este posicionamiento sería el más ortodoxo y sería compatible con la opinión de otros significativos para el usuario: su hermana y el personal de la Casa Hogar. El otro posicionamiento implica descontento por haber sido sacado de su contexto natural, su pueblo y el trabajo en el campo, donde él afirma haberse encontrado bien. Estos dos posicionamientos sobre su residencia en la Casa Hogar se explicitan en el primer enunciado del usuario.

E18.G1.U6.1

- 1 **I:** *cuenta lo que tú quieras, lo que tú quieras sobre, tú puedes empezar por donde tú*
 2 *quieras (1.0)*
 3 **U:** EH:: yo que sé, quizás que yo estaba muy bien en el campo trabajando y eso y
 4 ahora me encuentro aquí (.)
 5 **I:** *uhm:::*
 6 **U:** yo no tengo problemas por meterme aquí (1.0) por está aquí, no tengo problema
 7 ninguno, lo que pasa es que como mi hermana vive aquí en O. vio la casa hogar le
 8 gustó pues ya (.) pues ya, me metió a mí, ¿sabes? llevo aquí desde el día de la virgen
 9 del carmen [...]

En estos enunciados observamos la continua oscilación del usuario entre la aceptación por vivir en la Casa Hogar, “yo no tengo problemas por vivir aquí” (L6), y su afirmación de lo bien que estaba en el campo (L3). Además, se refiere a su hermana para explicar su cambio de residencia posicionándose como una persona pasiva que no

ha intervenido en la toma de decisiones. Obsérvese el uso de la forma pasiva en la L8 “me metió a mí”. Durante toda la narración el usuario se esfuerza por encontrar un posicionamiento que no lo enfrente con su hermana, sin embargo, continuamente vuelve a expresar su descontento por abandonar su contexto natural: el pueblo y el campo. Veamos otro extracto de este usuario. En este extracto el investigador pregunta al usuario si echa de menos el pueblo.

E19.G1.U6. 40

1 **I:** *claro tú lo echas de menos*

2 **U:** sí, lo echo de menos, digo, bueno recapacito [----] bueno lo mismo voy a estar

3 aquí que allí, ya me aguanto, ¿sabes? me entretengo viendo la tele, pasó el día,

4 viendo la tele y eso (.) pero vamos que yo no dije que me quería venir aquí ni na (.)

Este extracto es extremadamente interesante porque podemos observar diferentes voces. Incluso es posible distinguir diferentes tonos y prosodia entre las mismas. Primero, claramente la voz del usuario: “sí, lo echo de menos” (L1). Seguidamente, una voz, probablemente de la hermana, “bueno recapacito, bueno lo mismo voy a estar allí que aquí”. Después, de nuevo, la voz del paciente aceptando, pero a regañadientes, la realidad de los hechos y, por último, de nuevo, la voz del paciente: “pero vamos que yo no dije [...]”(L4). En esta ocasión, es fácilmente detectable un atisbo de rebeldía. Por lo tanto, en este pequeño extracto podemos encontrar voces de diferentes autores y voces que, aun perteneciendo al mismo autor, se posicionan en un rango que va desde la añoranza, pasando por la aceptación, hasta llegar casi a la denuncia.

En otro extracto en el que el usuario expresa claramente el carácter involuntario de su ingreso en el recurso donde vive, denomina a la Casa Hogar como “Hotel”. Veamos este extracto.

E20.G1.U6.44

1 **U:** ella fue a la casa hogar y lo vio y le gustó y ya me mandó a aquí (1.0) yo no quería,

2 yo estaba en el hospital ingresado,

3 **I:** *¿en qué hospital? ¿en éste?*

4 **U:** estaba viniendo todos los días de 9 a 1 (.) y a la 1 iba otra vez [a la R.]

5 **I:** *[a la R]*

6 **U:** y estuve aquí un tiempo, estuve casi un mes por ahí y después ya me metí aquí en

7 el hotel (.)

Esta descripción de las “Casas Hogares” como cualquier otro servicio por el que se está pagando tiene importantes repercusiones para el grupo de profesionales que

trabajan allí, ya que supone una desvaloración de sus funciones, aparte de una transmutación de las jerarquías.

En cualquier caso, en este usuario, como en la mayoría de los usuarios del G1, las CH no se reconocen como un espacio de convivencia ni tampoco se consideran un hogar, sino que se entienden principalmente como una exigencia de sus condiciones familiares y tangencialmente como consecuencia de sus problemas de salud. De hecho, muchos de los usuarios de corta estancia nos informan de proyectos de vida fuera de las Casas Hogares débilmente definidos.

La dificultad de los usuarios de corta estancia para integrar coherentemente posicionamientos complejos se traduce en dificultades para realizar críticas explícitas a distintos aspectos de la vida dentro de las CH. Veamos un ejemplo. Justo antes del siguiente extracto, la usuaria estaba contando su estancia en una comunidad terapéutica, el recurso donde residía anteriormente a su llegada a la Casa Hogar. El investigador se interesa por las diferencias en la vida diaria entre la comunidad terapéutica y la Casa Hogar.

E21.G1.U9.102

- 1 **I:** *y: bueno allí en el T. ¿qué tal? ¿cómo?: ¿qué diferencias hay entre el*
 2 *T. y aquí?*
 3 **U:** la diferencia es que yo hablaba por teléfono antes todo los días con mi madre y
 4 con mi niña (.)
 5 **I:** *uhm*
 6 **U:** porque le dije a: a: un psicólogo que me llamaba que ellas no me podían llamar
 7 (1.0) que si yo las llamaba a ellas y me dijo sí y nada y las llamaba yo a ella (.)
 8 **I:** *¿y aquí? (3.0)*
 9 **U:** Aquí tiene que ser una vez por semana (.)
 10 **I:** *o sea que esto es peor (.)*
 11 **U:** Sí <asiente con la cabeza>> (.)
 12 **I:** *no estás tú tan contenta (.)*
 13 **U:** no (.)
 14 **I:** *pues bien hay una crítica (.) ¿y alguna otra cosa, alguna otra diferencia que*
 15 *tú veas entre el tomillar y aquí? (3.0)*
 16 **U:** no: aquí estoy muy bien (.)

En una concisa respuesta, la usuaria en la L3 se limita a indicar que en la comunidad terapéutica hablaba por teléfono “todos los días” con su madre y con su hija. La usuaria alude a una figura de autoridad, un psicólogo, el cual le permitía llamar diariamente a su madre e hija (L6 y L7). La usuaria, por lo tanto, implícitamente afirma que en la Casa Hogar no es así. El entrevistador realiza un par de preguntas (L10 y L12) con el fin de obtener alguna valoración personal de la usuaria de la situación actual.

Hasta ese momento, aunque sobreentendida, la usuaria no había realizado ninguna crítica y sus afirmaciones habían sido de corte estrictamente informativo. En las L11 y 13 la usuaria asiente lacónicamente los posicionamientos sugeridos por el entrevistador en sus preguntas. No obstante, en la L16 la usuaria se posiciona sin ningún tipo de matiz como muy satisfecha en la Casa Hogar.

Las dificultades para realizar llamadas telefónicas a familiares y amigos son generadoras de estrés, ansiedad y frustración para los usuarios. Y, a veces, causa de conflictos y discusiones. Por lo tanto, podemos aseverar que el cambio de poder llamar a la familia todos los días a poder hacerlo sólo una vez a la semana implica una transformación esencial de la vida diaria de la usuaria. Más aun, cuando, como nos dice esta usuaria en la entrevista, su madre vive lejos, está enferma y no puede desplazarse a verla. Por todo ello, podemos decir que el posicionamiento de la usuaria es extremadamente moderado, como reticente a mostrarse claramente a disgusto con algún aspecto de la vida en la Casa Hogar. Si tenemos en cuenta la clara afirmación positiva de la usuaria en la L16 podríamos sugerir que los posicionamientos de la usuaria son ambiguos. Estos problemas para mostrar posicionamientos complejos, aunque coherentes, sobre la vida diaria en las Casas Hogares, son habituales en los usuarios de corta estancia. En este sentido, es resaltable la ausencia de conectores adversativos (pero, aunque) utilizados para integrar en el discurso posicionamientos muy diferentes u opuestos. Una hipótesis posible, apoyada por las afirmaciones de muchos usuarios de corta estancia, es que el temor de ser expulsados de la Casa Hogar, única posibilidad de residencia para la mayoría de los usuarios, puede dificultar la elaboración de una narración coherente e integrada y expresar posicionamientos críticos sobre las Casas Hogares, junto con declaraciones de satisfacción general sobre las mismas.

En sentido opuesto, los usuarios de larga estancia expresan críticas explícitas a las Casas Hogares y señalan problemas de convivencia. Sin embargo, al mismo tiempo que indican aspectos problemáticos, pueden reconocer de forma coherente aspectos positivos. En resumen, podemos encontrar posicionamientos variados y complejos conectados discursivamente. Veamos algunos ejemplos.

E22.G2.U18.40

1 **I:** y ¿estás contento?

2 **U:** pues sí, hombre estoy contento, tiene sus pros y sus contras, como todas las cosas
3 en la vida tienes sus contras, no es como la libertad de uno en su casa que puede
4 fumar a la hora que le da la gana, que se puedes acostar uno cuando quiera, que se

5 puede levantar cuando quiera, pero bueno el servicio es bueno, le ponen a uno el
6 plato se lo quitan, duerme uno aquí calentito en una cama limpia, está uno duchao,
7 está uno limpio, aseo, y es que por esa parte pues son más las compensaciones que
8 los inconvenientes que tiene (.)

El usuario inicia su intervención con una reflexión general (L2, L3). Para después adoptar dos perspectivas desde las que evalúa la estancia en la Casa Hogar. El conector adversativo “pero” en la línea L5 señala el comienzo de la segunda perspectiva. En la L7 el usuario concluye ayudado por el nexos, aclarativo y distributivo al mismo tiempo, “y es que por esa parte”. El uso de conectores o construcciones de carácter adversativo son, en mi opinión, las partículas lingüísticas que mejor reflejan un discurso con posicionamientos complejos, en muchos casos enfrentados, pero integrados. Por lo tanto, el usuario es capaz de analizar su situación en la Casa Hogar y ver su lado positivo y negativo.

En los siguientes extractos una usuaria nos describe la mejora en su calidad de vida tras ser trasladada de Casa Hogar. Como es habitual en los usuarios de larga estancia, esta usuaria realiza críticas a la vida en la Casas Hogares, incluso relacionadas con problemas con los monitores, con total claridad.

E23.G2.U15.190

1 **I:** *y aquí en las casas, bueno tanto en S.E como aquí ¿qué tal cómo te encuentras?*
2 *¿en relación con los compañeros? (.)*
3 **U:** en S.E estaba cada día en el psiquiatra
[...]
4 **I:** *fue mala experiencia*
5 **U:** [---] fue entrar aquí (.) y he estado muchas veces al hospital pero en medicina
6 interna, en [---], en respiratorio, en psiquiatría desde que he estado aquí no he ido ni
7 una vez (.)
8 **I:** *¿una vez?*
9 **U:** ninguna, ¡ni una! ¡ni una! ¡ni una!
[...]
10 **I:** *¿una vez? Y [¿por QUÉ?]*
11 **U:** [¡ninguna!] ¡ni una! ¡ninguna!
12 **I:** *ninguna vez (2.0)*
13 **U:** ninguna vez
14 **I:** *¡pues qué bien! ¿no?*
15 **U:** la vida aquí ha cambiado a la gloria, aQUÍ (1.0) aquí estoy en el cielo
16 **I:** *y con los [compañeros:]*
17 **U:** [estupendamente] estupendamente, con los compañeros y con los monitores,
18 estupendamente (.)

En este extracto la usuaria se expresa como muy satisfecha del cambio de Casa Hogar en términos verbales, paralingüísticos y gestuales emocionalmente muy

marcados. Podemos decir que, al mismo tiempo, existe una crítica implícita a su antigua Casa Hogar, que en la L3 se hace casi explícita. Cita a los dos grupos de personas que forman parte de las Casas Hogares: “compañeros” y “usuarios”. Pero no todo es positivo en la nueva Casa Hogar. También hay críticas explícitas.

E24.G2.U15.214

- 1 **U:** [menos] con una M. esa se pelea con todos (.) esa con todos los compañeros, con
2 casi todos los monitores
3 **I:** *es difícil llevarse bien con todo el mundo de todas formas ¿no?*
4 **U:** no, no, no, es que esa, es que no es difícil llevarse bien con todo el mundo, es que
5 difícil llevarse con esa (.)
6 **I:** *aha (2.0)*
7 **U:** con esa compañera es difícil llevarse (.)
8 **I:** *uhm (.)*
9 **U:** eso lo dice todo el mundo, es que no soy sólo yo, es todo el mundo (.) compañeros,
10 monitores (.)
11 **I:** *uhm: pero en general tú [estás]*
12 **U:** [es] muy violenta, muy agresiva
13 **I:** *aha*
14 **U:** si no (.) <susurrando>>
15 **I:** *aha*
16 **U:** y esperemos que se vaya pronto ¿no? porque [-----] dicen que se va ir, a mí me
17 dice A, que sí, que se va a ir de aquí, y esperemos que sí que se vaya porque <ríe
levemente>>

La usuaria señala que tiene problemas con una compañera que es muy “violenta”. Ella utiliza el recurso retórico de apoyarse en lo que “dicen” compañeros y usuarios usando la primera persona del plural para afianzar sus afirmaciones. Ello demuestra que la usuaria es consciente de las clases o grupos que existen en las Casas Hogares, que disfruta de algún grado de pertenencia y que sabe cómo apoyarse en éstos para aumentar su credibilidad. Es interesante la respuesta de la usuaria en la L4 a la afirmación del investigador. En la L1 la usuaria posiciona a una compañera como violenta. En la L3 el investigador rebaja el posicionamiento de esa usuaria restándole gravedad. Más o menos el acto discursivo del investigador en la L3 puede traducirse por “no será para tanto, no te puedes llevar bien con todo el mundo”. La usuaria es perfectamente consciente de que el investigador está discutiendo el posicionamiento de la compañera como violenta y responde reafirmando el citado posicionamiento y, además, apoyándose en compañeros y monitores como recurso retórico. Esta sensibilidad para detectar los hetero-posicionamientos del investigador es un rasgo fundamental de los usuarios de larga estancia. Esta capacidad es esencial para poder mantener un diálogo e imprescindible para lograr construir una identidad social

coherente y comunicable en el contexto de una conversación. Otro ejemplo evidente de esta capacidad de detectar hetero-posicionamientos del investigador se puede observar en las últimas líneas del E17. Esta capacidad puede relacionarse con lo que hemos llamado “Teoría de la mente”. Es decir la capacidad de leer o hacer atribuciones sobre los procesos cognitivos de otras personas.

Veamos otra crítica explícita de un usuario del G2 a la vida en las CH.

E25.G2.U14.161

1 **I:** *¿no?*

2 **U:** no se tragan los monitores, los: los: usuarios no se tragan ninguno (.)

3 **I:** *no hay buena [relación]*

4 **U:** [tienen problemas] No hay buena relación (1.0) no hay buena relación

5 **I:** *vaya*

6 **U:** y: (3.0) y cuando nos parece, cuando les parece a ellos sí, y a nosotros, sí: pero

7 (1.0) y por eso (5.0) por eso (7.0) cómo diría (7.0) por eso (3.0) a mi me resulta un

8 poquito más desagradable la estancia aquí, yo estoy pendiente de, yo me llevo bien

9 con to: ¿no? (.) pero también tengo problemillas (.)

10 **I:** *con algunas personas (.)*

11 **U:** Estoy teniendo problemas: (.)

12 **I:** *bueno, es normal en cualquier familia por pequeña que sea hay problemas tú*

13 *imagínate aquí con tanta gente, es normal, y en el futuro a ti te gustaría, bueno*

14 *me has dicho que te gustaría, que estás apunto de irte a villanueva, a tu casa (.)*

15 **U:** estoy pendiente, la doctora, la psiquiatra y: otra más lo que pasa es que [está

16 afuera] y esas cosas

17 **I:** *[está afuera]*

El problema que expresa el usuario es que “no se tragan” los dos grupos de personas que habitan las casas hogares: “Monitores” y “Usuarios”. En la L6 el usuario hace una contraposición entre “Ellos” y “Nosotros”. Por esta y otras razones podemos afirmar que este usuario es consciente de la clase a la que pertenece y se siente identificado, al menos por contraposición a los monitores, con sus compañeros. Esta categorización tan clara en términos de poder no ha sido hallada en el primer grupo. El uso de la expresión “no se tragan” indica un grado casi máximo de animadversión general, ya que los problemas parece que existen dentro de cada grupo y entre éstos. Aunque esto último no está totalmente claro. El usuario se posiciona como padeciendo problemas y con deseos de abandonar la Casa Hogar.

He seleccionado tres extractos de usuarios de larga estancia en los cuales expresan de forma clara su satisfacción por vivir en las Casas Hogares. En el siguiente extracto la usuaria muestra explícitamente su agradecimiento por haber sido “cuidada”, por haber sido “aceptada” en las Casas Hogares.

E26.G2.U15.292

- 1 **I:** [...] *algo más de tu vida que tú creas que sea importante, una última*
 2 *declaración <risas>> una última declaración (.)*
 3 **P:** nada que estoy agradecida de haberme quedado, haber sido aceptada aquí y eso
 4 (1.0) estoy agradecida de estar aquí, y yo voy haciendo ya un año aquí (.) nada (.)
 5 agradecer a toDOS por haberme cuidado (1.0)
 6 **I:** *agradecida: <canta>> Vale muchas gracias*
 7 **P:** y ahora te voy hacer el juego <a continuación hace el juego aritmético la
 usuaria>>

Veamos otro extracto de un usuario de larga estancia.

E27.G2.U12.142

- 1 **U:** sí, yo estoy bien aquí (.) con los monitores, ellos me dan la medicación que me
 2 tengo que tomar, estoy aquí con mis compañero seh:: sent:: ellos se sientan en el sofá,
 3 yo también, aquí hay una televisión, vemos la televisión, cuando nos parece de:: de::
 4 de:: de:: de que ya no tenemos más ganas de ver la televisión, pues entonces algunos
 5 de ellos se van a salirse a la calle a dar un paseo, a sus cosas, y yo (.) si yo por
 6 ejemplo se me apetece de dar un paseo pues me salgo a dar un paseo solo (.)
 7 **I:** *entonces, magnífico, aquí. ¿y a ti te gustaría más tarde ir a algún piso, o:: ?*
 8 **U:** ¡NO!, ¡NO!, ¡NO!, yo eso no, yo aquí, yo aquí nada más (.)

En E27 el usuario describe con detalle la vida cotidiana en las CH. Obsérvese que el usuario responde con cierta ansiedad a la pregunta del investigador por sus expectativas de cambio de residencia. La negación repetida por tres veces entre signos de exclamación y la tajante afirmación “yo aquí y nada más” reflejan temor ante la posibilidad de abandonar la Casa Hogar, aunque fuera para residir en otro recurso.

En el último extracto de este apartado se refleja el afecto y la importancia personal que cobran los monitores, los profesionales que trabajan en las CH, para los usuarios.

E28.G2.U10.31

- 1 **U:** [...] a esto que trajeron aquí, me fui adaptando poquito a poco, poquito a poco, y
 2 ¡ de aquí no me voy ni en pintura! porque yo vivo muy bien, yo tengo a mi novia aquí,
 3 llevo seis años con ella, a los seis meses de estar aquí empecé a salir con ella y llevo
 4 seis...llevo cinco años y medio o seis y estoy muy bien, muy bien, muy bien, me
 5 atienden, se preocupan, me riñen cuando me tienen que reñir, aguanto el chaparrón
 6 <ríe>>, ellos me aguantan a mí, pero yo los quiero a todos los monitores, de hecho
 7 cada vez que puedo hacerles algún regalito se los hago, los quiero mucho a F. a J. a N.
 8 J.A. a E. a M, a [...]”

En el anterior extracto los profesionales de la Casa Hogar aparecen como personas significativas en la vida del paciente. Explícitamente, el paciente expresa el afecto que siente por ellos (L6). No sólo eso, sino que al final del extracto los nombra a todos, uno por uno. Es interesante señalar que el paciente no sólo enumera las interacciones positivas con los monitores (“me atienden”, “se preocupan”) sino que indica las negativas en la L5 (“me riñen”, “ellos me aguantan”). Este hecho muestra que el paciente disfruta de una representación compleja y realista de la vida en la “Casa Hogar”. Las relaciones de pareja es un tema importante en el G2, en especial dentro de las CH (L2). Además, las dos únicas relaciones de pareja que se describen como existentes en el momento de la entrevista pertenecen a usuarios de larga estancia. Estas relaciones de parejas están formadas también con usuarios de las Casas Hogares. Es decir, las relaciones nacieron dentro de las Casas Hogares. En ocasiones, como en este caso, las CH se convierten en escenarios que propician relaciones de pareja. En el mismo sentido, hemos visto en los resultados cuantitativos que es en la subcategoría de “Pareja”, junto con la de “Familia”, donde es posible encontrar más diferencias entre G1 y G2. Veamos otro extracto conectado con las relaciones de pareja. En éste una usuaria nos habla de la relación entre su pareja, también residente en la misma Casa Hogar, y su hermano, tutor de la usuaria.

E29.G2.U17.128

- 1 I: [...] *bueno yo estoy interesado en que tú me hables de J. ¿Cómo fue la cosa y 2 demás?*
 3 U: Pues nada, pue: que: (3.0) salimos juntos y: y: y yo le hago muchos regalitos a él
 4 (.) le hago muchos regalitos a él (.) le he comprado (.) ayer le compré una radio (1.0)
 5 que me costó dos cincuenta, dos euros cincuenta, la otra vez le compré una blusa
 6 también, una blusa por: por reyes (1.0) y mi hermano también le aprecia mucho
 <aumenta la intensidad>> (.)
 7 I: *tu hermano (.) Eso te iba contar tu hermano [ya:]*
 8 U: Mi hermano también le aprecia mucho (2.0)
 9 I: *uhm (.) ¡Qué bien! ¿y cuánto tiempo lleváis ya?*
 10 U: Pues cerca de un año
 11 I: *¡qué bien! dormís aquí junto y demás (.)*
 12 U: <asiente con la cabeza>> pero hoy he dormido yo sola (.)

Tres son los aspectos que me gustaría resaltar. Primero, la importancia de la acción del regalo y de la capacidad mínima de consumo para participar activamente de los rituales sociales. Hacíamos énfasis en ello en el capítulo sobre la recuperación. Vemos cómo la pareja se intercambia regalos y cómo la usuaria nos comunica a través

de los regalos al usuario su afecto. Segundo, la apreciación que la usuaria hace del afecto del hermano por su pareja. Este hecho no es baladí, porque en un principio la relación fue difícil por la oposición del hermano. En esta usuaria también observamos que el contacto con el hermano, que por otra parte es su tutor, es fluido e intenso. Y, por último, me gustaría recalcar que la usuaria se posiciona sexualmente activa varias veces en la entrevista, como vemos en la L12. Al decir, “pero hoy he dormido sola”, nos está indicando que es la excepción a la regla y que habitualmente duermen los dos en la misma cama. Lo mismo ocurre con el otro usuario del segundo grupo que tiene una pareja en la misma Casa Hogar.

III. Resumen

Intentaré resumir en un párrafo los resultados más importantes de este análisis cualitativo integrando también los resultados cuantitativos. El análisis cualitativo de los enunciados referentes a las relaciones personales muestra que el entorno cercano del paciente se encuentra más imbricado en las narrativas de los pacientes con más tiempo de estancia. Este resultado también lo encontramos en nuestro análisis cuantitativo. Además del aumento de la categoría “afectivo-familiar” y de la relativa a la “Casa-Hogar”, la disminución de los protagonistas de corte sobrenatural y religioso (categoría “Metafísica”) en el grupo de larga estancia señala la misma dirección. Especialmente relevante es el papel tan importante que adquieren las relaciones de pareja en el grupo de larga estancia. En dos casos los usuarios del G2 mantenían relaciones dentro de la CH. Aparte de los familiares, monitores y los dos casos en los que existen relaciones de pareja, no existen descripciones de relaciones de amistad de carácter íntimo actuales en las narraciones de los usuarios. Los usuarios en las narraciones del G2 pueden aparecer como agentes activos, con alguna capacidad de decisión y de intervención en su mundo cercano. Los usuarios del grupo de larga estancia se muestran más sensibles a los hetero-posicionamientos del investigador y reaccionan en términos discursivos si los hetero-posicionamientos de éste son incompatibles con los auto-posicionamientos de aquéllos. Ello requiere importantes recursos discursivos. Además, las relaciones personales que se describen no son tan negativas. Cuando estas relaciones tratan de relaciones negativas, incluso trágicas, como en los extractos que hemos analizado, las descripciones de estas relaciones son complejas, de carácter analítico y el tono emocional que transmiten es más moderado, integrando de forma coherente todas las

dimensiones de la experiencia traumática. Algunos datos cuantitativos apoyan estos resultados claramente. Los usuarios del G1 muestran un mayor número de palabras emocionales de carácter negativo, además de un número menor de conectores adversativos. La alta carga emocional junto con la menor conectividad entre las distintas micro-estructuras que componen los enunciados del grupo de corta estancia reflejan falta de complejidad y coherencia de los enunciados. También se ha detectado un claro aumento de las microestructuras relacionadas con las CH en el G2. Pero, además, el análisis cualitativo ha mostrado una sensación de pertenencia, que no excluye las críticas explícitas, en los usuarios de larga estancia. De los 9 usuarios del G2, 6 expresan explícitamente su satisfacción por vivir en Casas Hogares mientras que algunos usuarios de corta estancia expresan su descontento por la nueva vida en las CH o muestran dificultades para integrar coherentemente dos posicionamientos: malestar y desacuerdo con la nueva vida en las CH y aceptación y reconocimiento del ingreso en las CH como la mejor opción.

5.3.2 Actividades sociales

Trataremos en este apartado de la categoría de “actividad social”. Es decir, de todas las actividades que impliquen algún grado de interacción en la comunidad. Nosotros hemos dividido esta categoría en tres subcategorías que corresponden a los ámbitos de actividad canónicos en nuestras sociedades: laboral-profesional; académico-escolar; ocio-tiempo libre y otros. Estas actividades están relacionadas íntimamente con dos de las subescalas que construyó Lysaker y cols. (2003a): Valoración social y Agencia. La primera hace referencia al reconocimiento y valoración social. La segunda subescala se refiere al grado en que el sujeto percibe que puede influir en el mundo que le rodea. Es decir, desde una dimensión discursiva, la posibilidad de actuar en el mundo y de tomar iniciativas las cuales son detectables en las narrativas a través de las construcciones lingüísticas que se utilizan (Bamberg, 1997; Lucius-Hoene, 2002). La agencia es muy importante teniendo en cuenta las características de las narrativas de los enfermos esquizofrénicos descritas en capítulos anteriores. Evidentemente, son las actividades sociales (trabajo, deportes, escuela, actividades de ocio...) aquellas que principalmente pueden conllevar un reconocimiento colectivo de la valía individual. Al mismo tiempo, disfrutar de cierta capacidad de agencia, de ostentar expectativas de competencia social, es una condición indispensable para desarrollar estas actividades.

Respecto a la capacidad percibida para influir en el mundo por los sujetos entrevistados del primer grupo podemos decir que ésta es mínima, si exceptuamos el usuario 5. Hemos visto en el segundo apartado de la discusión que muchas de las relaciones personales que se describen están marcadas por la dominación, por una evidente asimetría de poder. Por ejemplo, el sujeto 3 del grupo de corta estancia argumenta que fue poseído por un “espíritu negro” y debido a ello cometió dos delitos de exhibicionismo. Además, todo su sistema delusivo se encuentra dirigido a exonerar a los seres humanos de cualquier responsabilidad sobre sus acciones “maléficas”. Sin embargo, de este modo, se impide también cualquier posibilidad de intervención libre en el mundo. El usuario 4 se encuentra totalmente humillado por un personaje que persigue al paciente: “el pijo”. Entre otros extractos de distintos usuarios analizados que pueden servir para explorar la falta de agencia de los usuarios del grupo de corta estancia encontramos los E5, E6, E10, E11, E14. Veamos un extracto perteneciente al grupo de larga estancia donde se pueden explorar, en sentido contrario a lo dicho sobre los usuarios del G1, evidentes signos de agencia.

E30.G2.U10. 3

1 U: Sí (.) yo me llamo P. bueno, pues voy a empezar con mis comienzos
2 desde joven (.) he, he criado a siete hermano, he dado de: yo soy el mayor de siete
3 hermano, he criado a seis detrás mía y he pasao mucho porque he luchao mucho en la
4 calle, mi padre ha estao parao y mi padre era un viva la virgen y he tenío que luchar
5 por mis hermanos, se han divorciado mi padre y mi hermano, llevan mucho tiempo
6 divorciao [...]

En este extracto el usuario se posiciona como cabeza de familia en oposición al hetero-posicionamiento de su padre, el cual es posicionado como “viva la virgen”, “parao” (L4) y “divorciado” (L5). Es decir, es posicionado como una persona que renuncia a su responsabilidad como cabeza de familia. El posicionamiento del usuario se basa en dos verbos en forma activa, “he criado” y “he luchao”, y en la categorización como el mayor de siete hermanos (L2). Los dos verbos representan acciones que suponen enfrentarse a las adversidades de forma activa. En especial, es relevante el verbo “luchar” utilizado en dos ocasiones (L3 y L4). El usuario afirma que ha luchado mucho por sus hermanos en la calle. La afirmación de que ha “pasao mucho” (L3) aumenta la fuerza de su posicionamiento como luchador. En próximos extractos identificaremos más rasgos lingüísticos de agencia.

Hemos visto que la categoría “Actividad Social” ha mostrado un tamaño de efecto mayor que las categorías “Familiar-afectivo” y “Enfermedad”. Dentro de la categoría “Actividad Social” todas las subcategorías, especialmente la de “Otros”, han mostrado diferencias significativas. Es decir, se han encontrado más microestructuras relacionadas con aspectos laborales, con el mundo educativo, administrativo y de ocio en el grupo de larga estancia que en el de corta estancia. Vamos a mostrar tres extractos del grupo de larga estancia referidos a aspectos laborales. Veremos en estos extractos muestras de agencia y de valoración social.

E31.G2.U14. 58

1 U: [sí, yo tengo una historia laboral] lo que pasa que se trabajaba de otra forma ahora
 2 y no tengo cotizao NA, entonces cobro muy poco, cobró una pensión: que: está a
 3 nombre de mi madre por, por prestación de hijo a cargo (.) ahora estoy meneando
 4 papeles ya para (.) como ha muerto mi madre para que no: para que sigan mandando
 5 el dinero para que me pongan a mí nombre (.)

En la línea L1 el usuario afirma tener una “historia laboral”. El uso de este término es muy interesante ya que pertenece al ámbito administrativo. La forma coloquial de decir lo mismo sería, por ejemplo, “yo he trabajado mucho”. De este modo, al elegir esta expresión, el usuario hace énfasis en el carácter normativo, reglado, de sus experiencias laborales. Así, el usuario se está posicionando como poseedor de experiencias laborales de calidad y como conocedor de conceptos administrativos. Sin embargo, inmediatamente después, el usuario declara que no tiene cotizado. La evidente contradicción entre tener una “historia laboral” y no “tener cotizado” la resuelve el usuario mediante el siguiente enunciado: “lo que pasa que se trabajaba de otra forma”. Expresión que evidencia capacidad de reflexionar en términos históricos. En la línea L3 podemos encontrar una expresión que nos muestra que el usuario es un agente con capacidad de acción: “estoy meneando papeles”. Lo que refuerza el posicionamiento del usuario como conocedor del mundo administrativo. Los posicionamientos como persona con agencia, con capacidad de intervención en el mundo, son frecuentes en este usuario. Veamos otro extracto de un nuevo usuario de larga estancia.

E32.G2.U11.34

34 U: [¡SÍ!] he trabajado mucho, de representante, he trabajado en institutos (.) de
 35 peluquería, en wendall ibérica se [llamaba]
 36 I: [¿cómo?] ¿cómo? ¿cómo era?
 37 U: wendall Ibérica (.) he vendido libros (.) he trabajado en: un almacén también, en
 38 unos grandes almacenes, he trabajado mucho, más de la cuenta (.)

En este extracto se evidencia un posicionamiento como trabajador. El enunciado final, “He trabajado mucho, más de la cuenta”, expresa cierto arrepentimiento o descontento por la cantidad de trabajo que ha realizado y en el fondo no es más que un recurso retórico. Así, el posicionamiento como trabajador duro del usuario aumenta en credibilidad. Analicemos en profundidad el siguiente extracto.

E33.G2.U14. 302

1 U: a mi me gustaba, yo me prestaba, y era el que mejor nota sacaba, toda la gente
 2 extraña, me ponía a preguntar, sí, claro, decía, digo, decía las cosas, eres el que más
 3 nota ha sacao, decía yo y eso que estoy loco, yo ¡a mí me parece que de loco tú no
 4 tienes na! <risas>> digo cállate que me van a quitar la paga <risas>> [----] sí, yo me
 5 peleaba con él, sí era el que más nota sacaba, estuve unos meses de prácticas,
 6 bregando con (2.0) con el sistema de goteo, con tuberías y cortando flores, sobre todo
 7 cortando, sobre todo quitando hierbas, las hierbas era lo que más hacíamos, quitar las
 8 malas hierbas, escarbar, estuvo muy bien, y nos daban mil durillos al mes (.)

Este extracto es significativo por los evidentes posicionamientos como agente del usuario. Podemos encontrar expresiones que lo indican: “me prestaba”, “era el que mejor nota sacaba”, “me ponía a preguntar”, “decía las cosas”. El usuario se posiciona como una persona interesada, con capacidad de iniciativa y entusiasta con su actividad. Pero también este extracto es excepcional porque muestra cómo el usuario utiliza la etiqueta de “loco” irónicamente (L3). Tras la intervención del monitor de jardinería negando el hecho de que el usuario esté loco, éste requiere al monitor que guarde silencio para no perder su paga. El usuario no sólo muestra capacidad para usar el humor etiquetándose como “loco”, contraponiendo su eficacia a la falta de productividad asociada a los “locos”, sino que no acepta el posicionamiento por parte del monitor como “no loco” ante la posibilidad de perder su pensión. De este modo, el usuario se posiciona como un “loco simulado” por interés, con lo cual evita el carácter pasivo e improductivo de la etiqueta de enfermo mental. Toda la intervención está señalada por risas del usuario las cuales enmarcan sus posicionamientos dentro del género humorístico. No es éste el único caso de uso humorístico de etiquetas de carácter negativo relacionadas con la enfermedad mental en los usuarios del segundo grupo. El uso del humor y de la ironía implica la utilización de conceptos y categorías en contextos que no les son apropiados, lo que provoca paradojas que nos hacen reír. Por lo tanto, su uso requiere de importantes recursos lingüísticos, más aun cuando el contenido

de esos conceptos y categorías denotan historias de dolor y sufrimiento para los usuarios. Además, es posible concluir que el extracto muestra que el usuario se auto-valora y que disfruta de un grado importante de autoestima, por lo menos relacionado con el curso de jardinería. Este extracto resume las características esenciales de las referencias del G2 al mundo laboral: por una parte mayor número de estas referencias y por otra la existencia, al menos, de un grado de agencia moderado junto con algún grado de auto-valoración social.

La importancia de la temática relacionada con las actividades sociales en el grupo de larga estancia queda reflejada en el extracto del próximo usuario. Es el único usuario que comienza su narración por sus actividades escolares de forma completamente no condicionada, es decir, sin una pregunta explícita del investigador. Y no sólo eso, sino que el usuario se posiciona como una persona culta desde el principio de su narración. En el siguiente extracto, justo al comienzo de la entrevista, el usuario nos cuenta sus actividades en la escuela y de tiempo libre.

E34.G2.U18.1

- 1 **I:** *entonces esto ya está: funcionando, cuando tú quieras y: ¿puedes hablar un
2 poquitín alto? ¿vale? puedes empezar por donde tú quieras, puedes empezar por
3 tu infancia puedes empezar más adelante (.)*
4 **U:** [----] yo he ido al colegio
5 **I:** *uhm (2.0)*
6 **U:** he leído mucho
7 **I:** *uhm (3.0)*
8 **U:** he leído mucho, mucho, muchas novelas (1.0) me gustaban bastante (1.0)
9 **I:** *uhm*
10 **U:** y también he jugado, en el colegio me gustaba mucho el fútbol, jugaba mucho al
11 fútbol (2.0) eso con 7,8 o 9, 10, 11 años (.)
12 **I:** *uhm: ¿jugabas al fútbol con esa edad?*
13 **U:** mucho, mucho, mucho (1.0) tengo las piernas [fuertes]

En este extracto el usuario se describe principalmente con dos acciones: “leer” y “jugar al fútbol”. La acción de leer está relacionada con el colegio. Lo primero que nos dice el usuario en la entrevista es que “yo he ido al colegio”. Más tarde en la L3 del siguiente extracto nos lo afirma: “yo he estudiado”. Relacionada con el colegio también se encuentra su afición al fútbol. Así, el usuario se posiciona por una parte como una persona instruida. De hecho, un poco más tarde se define explícitamente como una persona culta. Veámoslo en la L2 y 3 del siguiente extracto.

E35.G2.U18.43

- 1 **I:** *cuatros años, ¿san Isidoro de sevilla?*

2 U: no, san isidoro de V.R.M y: y: y en un colegio de: (2.0) hermanos maristas, estuve
3 tres o cuatro años también (.) he estudiado, tengo una culturita media::

Si unimos los posicionamientos como persona culta y como aficionado al deporte L10, 11 y 13, obtenemos una reproducción del adagio latino “Mens sana in corpore sano”. Es decir, la primera imagen que nos ofrece el usuario es la de una persona que se ha cuidado interior y exteriormente desde niño.

Veamos cómo en el siguiente extracto otro usuario nos habla acerca de sus resultados académicos.

E36.G2.U11. 102

1 I: *entonces tú has hecho deporte cantidad.*

2 U: un montón... y los estudios (.) yo agarraba catorce asignaturas en total.

3 I: *¿cuánto?*

4 U: catorce asignaturas.

5 I: *¿en un año?*

6 U: en un año, pero en quinto, 3 de FP2, catorce asignaturas (.) muy difíciles <in

7 crescendo>> yo sacaba un cinco de milagro, tenía asignaturas que me salían muy

8 deficiente, algunas la salía bien, notable, hombre, tenía sobresaliente también, pero

9 que me salían algunos muy deficientes.

El entrevistador devuelve la idea, tras el relato del usuario sobre sus actividades deportivas, de que el usuario ha hecho mucho deporte, es decir, lo posiciona como un deportista. El usuario acepta el posicionamiento, responde “un montón”, pero rápidamente complementa el posicionamiento de “deportista” con el de “estudiante”. El usuario reconoce que sus resultados académicos eran desiguales, sin embargo, la reiteración del número de asignaturas en las que se matriculaba (L2 y L6), así como el reconocimiento de su dificultad, reflejan un posicionamiento de persona trabajadora y algún grado de autoestima. El usuario muestra que era capaz de mantener dos importantes actividades al mismo tiempo: deportes y estudios.

En los siguientes dos extractos observamos como los usuarios de larga estancia relacionan sus problemas de salud con la dimensión laboral. Una narración se hace compleja cuando se ponen en relación las distintas dimensiones de la identidad en un nivel discursivo. Es decir, en las narrativas se relacionan entre sí distintos posicionamientos. Sin lugar a dudas, dos posicionamientos esenciales que deben relacionarse son los relativos a la enfermedad y al trabajo. Veamos dos ejemplos.

E37.G2.U12. 7

1 I: *¿y cómo llegaste tú aquí?*

2 U: yo llegué aquí porque:: yo estoy enfermo de los nervios y lo que me pasa es que la
3 enfermedad que tengo, es que:: yo no sé administrar mis cosas solo, por ejemplo
4 trabajar y esas cosas, porque no puedo administrarme yo solo porque estoy enfermo
5 de los nervios, y entonces lo que me pasa es que no sé administrarme yo, para por
6 ejemplo para trabajar, las cosas que tengo que hacer, de adonde ir eso y lo otro y esas
7 cosas (.) no puedo, no puedo y estoy tomando una medicación que me la mando el
8 doctor L. y entonces pues::

En este extracto el primer posicionamiento que encontramos es el de “enfermo de los nervios”. Como saben, utilizar el término de “nervios” para definir los problemas de salud mental es muy útil porque este término es usado ampliamente por la ciudadanía y soporta muy poca carga estigmatizante. Inmediatamente después el usuario describe sus problemas de salud en términos psicosociales como “no sé administrarme mis cosas, por ejemplo trabajar y esas cosas”. Posteriormente cita a un psiquiatra y la medicación que toma. En el siguiente extracto observamos de nuevo cómo otro usuario del grupo de larga estancia describe los problemas para desarrollar su trabajo debido a su enfermedad.

E38.G2. U11.171

1 U: ¡NO! era de mensajero, de mensajero y de vigilante, estuve trabajando un mes en
2 unidad [[FOUL 4]] y dejé el trabajo, lo que duré fue un mes, porque es que no tenía
3 ganas de nada, porque como venía malo de la mili pues ya no tenía ganas de nada,
4 estaba un poco curado pero no me salían los trabajos (.)

En este extracto se señalan los problemas de motivación relacionados con la enfermedad y cómo el usuario se ve incapacitado para desarrollar una actividad normalizada a pesar de sus esfuerzos.

Hemos visto que la subcategoría “Otros”, dentro de la categoría de “Actividad Social”, es muy importante para comprender el tamaño de efecto de esta categoría. En “Otros” hemos incluido todos los contenidos relacionados con la tramitación de ayuda, pensiones o prestaciones. Veamos algunos extractos relacionados con estos contenidos.

E39.G2.U14. 313

1 U: [hombre] si me saliera un trabajito: (.) yo: yo lo tengo solicitao, estoy apuntao,
2 tengo la bolsa de empleo, estoy apuntao en la bolsa de empleo, para a ver si me

3 llaman pero bueno tampoco puedo excederme en un trabajo que gane a lo mejor MÁS
 4 de tres mil euros al año porque sino me quitan la paga, ¿quién me puede a mí dar
 5 trabajo de por vida?
 6 **I:** claro, no te puedes arriesgar (.)
 7 **U:** O decir voy a dejar la paga porque me interesa trabajar (.)
 8 **I:** no te puedes arriesgar, claro (.)
 9 **U:** después, sí, me dan un año, me dan dos años, pero después me quitan la paga, y
 10 después volver a [---] tiempo sin cobrar na, aunque haya ganado antes, si me pagan
 11 más de 3000 euros me quitan la prestación de mi madre por hijo a cargo (.) entonces
 12 el trabajito que sea así tres meses, para ganar unos 3000 euritos para comprarse algo
 13 de ropa para cuando se va uno de vacaciones tener sus doscientos o trescientos euros
 14 pa pa tomarse aquí, llevarse uno para sus gastillos (.) una ayuda extra de 3000 euros,
 15 que no pasé de allí (1.0) que no me quiten (1.0) eso son tres meses de trabajo al año
 16 (.) estoy esperando a que me llamarán, hice un cursillo de jardinero (.) también que
 17 estuvo, duró 10 meses (1.0)

El usuario se posiciona como una persona activa en la búsqueda de empleo en las primeras líneas. El enunciado “yo lo tengo solicitao, estoy apuntao, tengo la bolsa de empleo, estoy apuntao en la bolsa de empleo” refleja capacidad de agencia. Podemos deducir la complejidad del discurso de este usuario del gran número de conectores adversativos. Por ejemplo, en este extracto, el conector adversativo “pero” (L3) nos traslada a otra perspectiva desde la cual también hay que contemplar el problema del trabajo: la posibilidad de perder la pensión y la dificultad de encontrar trabajo de por vida. El usuario utiliza una pregunta retórica en la L4 para reforzar sus argumentos. En el párrafo que comienza en la L9 el usuario desarrolla con minuciosidad con diversos datos el argumento expuesto en las primeras líneas. En la L11 utiliza el nombre técnico de la prestación que recibe.

E40.G2.U18. 77

1 **U:** yo vivía con ellos (2.0) mis padres me daban dinero para pan, no tenía medios
 2 económicos (1.0) y (1.0) hablé con un (.) cura, un amigo, bueno un conocido, que era
 3 muy agradable, por cierto muy agradable (.) [-----] y me ha arreglado una paga me
 4 estuvo comentando y: [-----] euros
 [...]
 4 **I:** la aprobaron
 5 **U:** Y un primo mío lo: (1.0) en vez de darme a mi el dinero directamente, eso en
 6 sevilla [-----] uhm: me: (.) se lo mandaron a él el dinero como tutor (.) y: y: (2.0) se
 7 quedó con él (.)

Este extracto es representativo de la preocupación de algunos usuarios de larga estancia por obtener prestaciones o no perderlas. Son interesantes tres aspectos. Por una parte, las referencias a los problemas económicos familiares. Segundo, la referencia a

un sacerdote, que aparece como una figura de apoyo social a la cual el usuario muestra afecto (L3) y que resuelve los problemas administrativos para obtener la prestación social. Y, por último, el posicionamiento del hermano por parte del usuario como un ladrón. Hetero-posicionamiento que se convierte en explícito a lo largo de la entrevista. No es extraño encontrar referencias a conflictos familiares relacionados con las prestaciones económicas o incluso con las tutelas que algunos familiares ostentan. Hay que tener en cuenta que estas prestaciones se convierten en los únicos ingresos económicos de los usuarios, prestaciones que en muchos casos no llegan a costear los gastos en tabaco, café y algún pequeño capricho más. Además, es necesario recordar que un porcentaje importante, dependiendo de la cuantía de la prestación o de los ingresos de los usuarios en las CH, debe ser entregado a la Fundación como contraprestación económica según la ley. Veamos otro extracto.

E41.G2.U11. 154

- 1 U: [...] fue con la que sí estuve muy bien, vamos, salí con ella, y nos hubiéramos
 2 podido haber casado, lo que pasa que me dijo que me, me dijo que era asexual (2.0)
 3 I: *¿qué era QUÉ? <in crescendo>>*
 4 U: que era asexual, asexual, que no le gustaba el sexo (.)
 5 I: *ah::: asexual (.) pues vaya rollo ¿no? ¿y yo qué hago?*
 6 U: ¿y yo que hago? ¿y yo qué hago? <risas>> y no quiso seguir conmigo y se fue a su
 7 casa porque como no tenía trabajo, es que en esa...estaba trabajando en [[sample]]
 8 pero...y entonces hablé con ella, como me dieron una pensión en el 94, pues estaba
 9 con la pensión, pero no... pude haber hecho celador del SAS, la oposición, y no, y eso
 10 fue, y pude haber sido, hubiera seguido, pero, pero es que no me sale, ya con
 11 [[sample]] estaba malo, con [[sample]] estaba malo [...]

Este extracto de un usuario de larga estancia es especialmente significativo. Se encuadra en las reflexiones del usuario sobre su recorrido profesional. Existen tres posicionamientos esenciales a lo largo del extracto, los cuales van imbricándose progresivamente en el extracto. El primero, un posicionamiento como “pareja” (L1, L2 y L6). Encontramos otro posicionamiento como empleado o como, la otra cara de la moneda, desempleado. Si integramos estos dos posicionamientos podemos decir que el usuario se describe como una persona activa laboralmente (L7). Por último, tenemos un posicionamiento como enfermo (L11): “...estaba malo, con [[sample]] estaba malo”. El usuario describe sus problemas para construir una relación con su pareja estable. Obsérvese la complejidad de la perífrasis verbal en las L1 y L2 para indexar una línea alternativa en su vida. Recuérdese que las formas verbales subjuntivas se categorizan en “Tentativa” y que encontramos un aumento significativo de esta categoría de análisis en

el grupo de larga estancia. En las L9 y L10 encontramos más construcciones verbales en subjuntivo para indexar posibles alternativas vitales pasadas. Recuérdese que el subjuntivo es el modo de lo virtual, ofrece la significación del verbo sin actualizar. El usuario apunta dos causas de su fracaso sentimental. Una de ellas, el carácter asexual de su pareja. El investigador responde con una pregunta retórica humorística en la L5 que el usuario acepta, participando en ésta al repetirla y reírse en la L6. En L6 y L7, el usuario posiciona a su pareja como responsable de la ruptura (“no quiso seguir conmigo”) y apunta una causa: “como no tenía trabajo”. Por lo tanto, el usuario sugiere que los problemas que derivaron en la ruptura fueron principalmente de carácter laboral y no sexual. En las L9, L10 y L11 el usuario indica que después de su trabajo en “Simple” disfrutó de una “pensión en el 94” y que “pudo haber hecho celador del SAS”. Sin embargo, acude a sus problemas de salud, los cuales sitúa ya en su último trabajo, para explicar sus fracasos por encontrar una posición laboral estable. Por lo tanto, el usuario nos informa de una red compleja de posicionamientos relacionados con la enfermedad, el mundo laboral y las relaciones de pareja.

Evidentemente, se han encontrado enunciados en los que los usuarios del grupo de corta estancia se refieren al mundo laboral o escolar. Sin embargo, además del menor número de éstos, como se puede observar en el análisis cuantitativo, los enunciados de estos usuarios son muy sencillos. Es decir, no son enunciados elaborados en los que los usuarios se posicionen claramente y funcionen como base para la construcción de su identidad. En alguna ocasión, estos enunciados carecen de coherencia y hacen equilibrios para no caer en contenidos delusivos. Los enunciados relacionados con las relaciones personales son los absolutamente esenciales para los usuarios del G1. Alrededor de éstos contenidos las personas que llevan poco tiempo viviendo en las CH intentan construir su identidad. Sin embargo, para los usuarios de larga estancia, los contenidos relacionados con las actividades sociales adquieren renovada importancia para la construcción de la identidad. Los siguientes tres últimos extractos contrastan con la riqueza, complejidad y conexión de los posicionamientos relacionados con las actividades sociales de los usuarios de larga estancia. Veamos estos extractos de usuarios de corta estancia referidos al mundo laboral.

E42.G1.U1.40

- 1 **I:** *um, ¿has trabajado alguna vez?*
 2 **U:** yo no he trabajado (.) pero mucho sí <in crescendo>> he sido panadera, he sido pescadera
 3 pescadera
 4 **I:** *entonces has trabajado (.)*
 5 **U:** empresaria (.)
 6 **I:** *¿empresaria también?*
 7 **U:** charcutera, he sido médica
 8 **I:** *¡anda!*

La usuaria comienza con una contradicción explícita en muy pocas palabras (L1). En este extracto la pregunta de carácter retórico del investigador en la L6 expresa lógica sorpresa e incredulidad por las afirmaciones de la usuaria. La usuaria afirma haber disfrutado de experiencia laboral en campos distantes sin conectarlos de forma que puedan ser creíbles. La última aseveración de la usuaria “he sido médica” remata el listado una serie de profesiones inconexas y sin explicar. La afirmación del investigador en la L4 que acepta el posicionamiento como trabajadora de la usuaria y lo refuerza, termina en la L8 con una exclamación que refleja una condescendencia compasiva producto de la incoherencia de la usuaria. Las intervenciones del investigador en las L4, L6 y L8 pueden entenderse como expresión del grado de verosimilitud que éste otorga a las afirmaciones de la usuaria: alta, media, ninguna. Veamos otro extracto.

E43.G1.U7. 16

- 1 **I:** *y ¿trabajaste después?*
 2 **U:** sí (-) sí (-)
 3 **I:** *¿dónde?*
 4 **U:** en una fábrica [-----] de aceituna (.)
 5 **I:** *¡anda!*
 6 **U:** y sirviendo en una casa
 7 **I:** *en una fábrica de aceituna*
 8 **U:** sí, sí, sí (1.0)
 9 **I:** *y ¿qué tal el trabajo? ¿te gustó el trabajo? ¿por qué lo dejaste?*
 10 **U:** está bien, está bien el trabajo (1.0) está bien (3.0)
 11 **I:** *¿y por qué lo dejaste?*
 12 **U:** porque me fui a Suiza (.)

En este extracto observamos la poca elaboración de las respuestas de la usuaria, algunas de las cuales se limitan a monosílabos. El investigador dirige por completo las intervenciones de la usuaria, la cual en ningún momento toma el timón de la interacción. Resulta evidente que la usuaria no se posiciona respecto a los contenidos laborales y éstos quedan completamente desconectados, en el aire, de modo que la usuaria como

sujeto agente está casi ausente de sus enunciados. De hecho, podríamos afirmar que la usuaria en cuestión sufre, según la categorización de Andreasen (1979) que estudiamos en el capítulo uno, de “pobreza del lenguaje”.

E44.G1.U9. 46

- 1 I: *caray, es duro* (.) y *¿has trabajado en algún sitio?*
 2 U: sí (.) he trabajado en una fábrica de tejidos
 3 I: *uhm: ¿dónde?*
 4 U: [en morón]
 5 I: *[en morón] también* (.) *¿mucho tiempo?* (.)
 6 U: nueve años (.)
 7 I: *¡caray! mucho tiempo* (.) *nueve años ¿qué hacíais allí? cuéntame un poco*
 8 *cómo era aquello* (.)
 9 U: hacíamos chándales y: vestidos y eso (2.0)
 10 I: *¿en máquinas o:?*
 11 U: en máquinas de esas modernas
 12 I: *eso debe de ser complicado ¿verdad? ¿había mucha gente allí trabajando?*
 13 U: sí (.)
 14 I: *y ¿con los compañeros qué tal te llevabas?*
 15 U: bien (3.0)

En este extracto volvemos a encontrarnos con la pobreza del discurso del extracto de la usuaria anterior. Abundancia de monosílabos, falta de elaboración, un posicionamiento como trabajadora débil, aunque más evidente que en el caso anterior y una completa hetero-regulación del discurso de la usuaria por parte del investigador.

5.3.3 Experiencias de enfermedad y salud.

Este apartado es de especial importancia. Aquí podremos observar cómo los usuarios elaboran sus experiencias de enfermedad. Como hemos visto en el capítulo tercero, sobre la “Recuperación”, la elaboración del significado de las experiencias de enfermedad es una de las tareas esenciales que deben afrontar las personas que padecen trastornos mentales graves. Mediante el concepto de “experiencia de enfermedad” pretendo acercarme a lo que llamamos enfermedad desde los propios términos de los pacientes y considerando toda la historia vital de éstos (Kleinman, 1988). Para empezar el apartado, describiré cuatro formas de narrar las experiencias de enfermedad halladas en el análisis. Seguiré analizando algunos extractos relacionados con los intentos de suicidio, los cuales, como hemos visto, son muy importantes en las personas con TMG. Proseguiremos prestándole atención a las causas de carácter psicosocial a las que aluden los usuarios para explicar su enfermedad. Continuaremos con el análisis de algunas

referencias a enfermedades orgánicas realizadas por los usuarios. Y, en un último apartado, comentaremos brevemente algunas críticas al sistema socio-sanitario que son posibles observar en los usuarios del grupo de larga estancia.

I. Cuatro formas narrativas de acercarse a la enfermedad

De forma resumida, podemos afirmar que los usuarios de corta estancia (excepto el usuario 5) nos hablan de su enfermedad de forma muy contextualizada. Es decir, nos describen casi al detalle sus síntomas. Existe una gran carga emocional en sus descripciones hasta el punto de que se presentan síntomas clínicos manifiestos de la enfermedad como alucinaciones y delusiones. De hecho, cuando nos comentan sus experiencias de enfermedad pareciera que estuvieran reviviendo, o padeciendo en ese mismo momento, los síntomas. Por lo tanto, observamos una falta de control del discurso y de distanciamiento, hasta el punto de que el discurso pueda ser interrumpido.

¿Cómo son las referencias a la enfermedad en el grupo de larga estancia? Se encuentran más descontextualizadas, se describen los problemas en términos más generales. Es decir, aparecen menos detalles concretos de síntomas. Y cuando estos aparecen presentan una baja intensidad emocional y pueden llegar a usar términos técnicos. Existe otra característica interesante en algunas referencias a la enfermedad en el grupo 2. Me refiero a la relación de la enfermedad con los déficits psicosociales que conllevan o a causas psicosociales de ésta. Algunos usuarios relacionan directamente la enfermedad con sus problemas laborales. Así ocurre con los usuarios 7 y 8 del grupo 2. Los usuarios 2 y 5 del grupo 1 también se refieren, pero indirectamente, a los efectos de la enfermedad en la vida laboral. Evidentemente, entre las referencias a la enfermedad existen grados intermedios entre la completa contextualización, llegando a la experiencia de síntomas durante la entrevista, y la descontextualización de las experiencias de enfermedad utilizando conceptos técnicos. Vamos a ofrecer un número amplio de extractos, divididos en cuatro tipos de enunciados, navegando desde el mínimo distanciamiento de la experiencia de enfermedad, propia mayoritariamente de los usuarios del grupo de corta estancia, a la máxima, característica propia del grupo de máxima estancia.

En primer lugar, ofrecemos dos extractos en los cuales síntomas psicopatológicos fácilmente identificables y propios de la enfermedad se introducen en el discurso de los usuarios. Esta forma de dar cuenta de la enfermedad es propia del

grupo de corta estancia. El extracto E14 analizado en el apartado anterior también puede encuadrarse dentro de este tipo de narrativas. En concreto, son tres usuarios los que claramente no sólo es que no sean capaces de informar sobre la enfermedad de forma distanciada, sino que finalmente es la propia enfermedad, podríamos decir, la que se hace presente en la entrevista. De esta forma, la descripción de los síntomas no se puede diferenciar claramente de la aparición de éstos, por ejemplo, las alucinaciones auditivas. Podríamos decir que los usuarios parecen transparentes, en el sentido de que no pueden ocultar las extrañas experiencias que sufren y la confusión que sienten. Las descripciones se encuentran muy contextualizadas; es decir, los usuarios dan cuenta o muestran experiencias concretas al detalle. Por ejemplo, podemos conocer qué les dicen las voces a los usuarios, qué les responden y cómo se sienten éstos. Las referencias que hacen estos usuarios de sus experiencias de enfermedad son muy incoherentes y con una falta evidente de cohesión semántica y sintáctica. Ello es debido a que no disfrutaban del control del discurso. Otra característica que puede influir en esta desestructuración de las narraciones es la alta activación emocional de carácter negativo que presentan. Existe una ausencia absoluta del discurso profesional, no encontramos términos psiquiátricos en los relatos de estos usuarios. En las narraciones de estos usuarios la experiencia de enfermedad no se encuentra integrada en sus historias de vida. Por ejemplo, estos usuarios no sitúan el comienzo de la enfermedad en su historia de vida y tampoco se encuentran intentos de búsqueda de causas o posibles factores explicativos de los problemas psicológicos en las experiencias de vida de éstos. Podemos decir que existe una falta evidente de coherencia global en los relatos de estos usuarios (Lucius-Hoene y Depperman, 2002). En el siguiente extracto el discurso de una usuaria es interrumpido por una voz que no reconoce como propia.

E45. G1.U1. 52

1 I: *um (-) y, ¿cuánto tiempo hace de eso? (2.0)*

2 U: pues (1.0) hace ya años (.) que mi padre ha muerto unos veinte años (.) [unos 20 años]

4 I: [*¡20 años!*] (3.0) *um (-)*

5 U: ¡dile que se Calle! <in crescendo>> (1.0) ¿sabes quién es? (.) es el lopera (1.0)

6 I: *¿,el lopera“?! (.)*

7 U: sí, el lopera es mi padre, “el lopera” (2.0) el muertecito, (1.0) es: estaba: y

8 entra o sale y entraba ¿dónde esTÁ::? (1.0) ni puede [---] y ahora es el presidente del

9 Betis³ (.)

³ El Betis es un equipo de Fútbol español.

10 I: ¿después de las letanías has vivido en otro sitio? (.)

En la línea 5 aparece una voz invasiva que ordena a la usuaria que mande a callar al entrevistador. La voz aparece en estilo directo, el sujeto transforma su voz de manera que es fácilmente diferenciable del resto del discurso del sujeto. Se produce una total ventriloquia tal como la definió Bakhtín (1987). El sujeto no tiene ningún control sobre la voz. La voz rompe el discurso y lo fragmenta hasta hacerlo incomprensible. Por ello precisamente el sujeto es incapaz de anunciarla. La voz aparece autónoma. Por lo tanto puede darse el caso de un diálogo directo de un sujeto con sus voces. Es interesante que en la L5 la usuaria pregunte al investigador si conoce la voz y posteriormente informa sobre la identidad de ésta. Por lo tanto, podemos decir que la usuaria intenta mantener un equilibrio entre un plano privado y otro público y presenta capacidad para construir algún grado de intersubjeividad con el investigador. En esta usuaria encontramos otros extractos similares a éste. Veamos ahora extractos de otros pacientes.

E46.G1.U4.41

1 I: vivías allí con tu madre. ¿tienes muchos hermanos?

2 U: cuatro, pero menos mal que los tengo, pero que mi madre tenía más y por culpa del pijo no he tenido más hermanos. ¡el pijo es que es un asqueRO::so <in crescendo>> con las luces, y con la feria <piano>>(1.0)!

5 I: ¿y el pijo es una persona, es::?

6 U: Es una persona. El día que se muera estoy curao.

7 I: y ¿dónde está?, ¿tú lo ves...?

8 U: sí lo veo en mi imaginación. tu sabes lo que es un número irreal, un número irreal es fraccionario, una fracción de la realidad (.) es la realidad es, la irrealidad es una fracción de la realidad...es pensar que...¿sabes?

11 I: ¿entonces el pijo está en la cabeza?

12 U: claro:: ¡amenazándome, coaccionándome::! <in crescendo>>

El usuario 4 se encuentra totalmente humillado por un personaje que persigue al paciente: “el pijo”. Las interacciones con el “pijo” siempre son muy negativas y siempre implican una acción represiva o humillante contra el paciente. Un pequeño resumen de las acciones del “pijo” son las siguientes: El pijo “se ha cargado mi madre” y “me ha hecho polvo”, “me ha quitado la vida”, “me torea”, “me mete bandazos”, “me amenaza y coacciona”, “me ha provocado la esquizofrenia”, “se ha cargado a mi familia”, “el pijo es una enfermedad” y “un baboso”. El paciente y “el pijo” se encuentran “picaos”. La respuesta defensiva del paciente es muy violenta. A un “pijo” “casi le pincho los

ojos”, “como lo coja lo rajo”, y en varias ocasiones desea que se muera y así solucionar todos sus problemas. En una ocasión relaciona “al pijo” con su madre diciendo que si no fuera por “el pijo” y su madre no estaría “agobiado”. El “pijo” aparece desde una posición de poder extremo que pretende dominar, o más bien, eliminar al sujeto. Los intentos del sujeto por contraatacar al “pijo”, aunque muy violentos, parecen infructuosos. Este personaje, “el pijo”, es el protagonista principal del complejo delusivo que padece el usuario. No es necesario hacer énfasis en la importante carga emocional que transmite el extracto no sólo por el contenido semántico sino por aspectos prosódicos. Cabe indicar que el investigador corrió algún peligro durante la entrevista, al menos discursivamente, cuando en un momento el usuario apuntó que éste tenía un parecido importante con “el pijo”. Finalmente se pudo salir del malentendido airosamente.

La diferencia esencial entre los dos extractos anteriores y el siguiente, perteneciente a un segundo tipo de enunciados referidos a la enfermedad, es que en esta ocasión el usuario mantiene, aunque de forma muy precaria, el control del discurso cuando da cuenta de sus experiencias de enfermedad. Es decir, no aparecen, por ejemplo, voces invasivas que interrumpen el discurso cuando están dando cuenta de sus experiencias de enfermedad y mantiene una distancia mínima para que los contenidos delusivos no se adueñen del discurso. Esta clase de enunciados también es propia del grupo de corta estancia. Veamos el siguiente enunciado.

E47.G1.U3.125

1 I: *o sea que hay dos tipos de voces.*

2U: de voces, sí (.) una de dentro que dice ¡mátaTE! ¡mátaTE! ¡mátaTE!, como
 3 suicidio, diciendo ¡suicidio!, ¡suicidio! y otra cosa es la voz de la gente que yo
 4 escucho, como es un poder como no es, esto tiene que estar perfecto, mira, no quieren
 5 que la mire, mira la persona mayores ni jóvenes ni na, sino que mira a las mujeres con
 6 educación (.) se extrañan, porque por lo visto están acostumbradas a que el hombre
 7 mire a la mujer y peque, y yo miró a la mujer y no peco (.) yo miro a la mujer, lo veo
 8 la belleza que tiene, que bella podía esta, eh. Y eso, después a los diecinueve años ya
 9 empecé a vender libros y me llevé vendiendo libro pues ocho años.

En este extracto también existe una ventrilocución muy intensa como en el tipo narrativo anterior. El sujeto aprieta los dientes y con una voz mucho más ronca que la habitual y con un tono muy amenazante articula la orden: ¡Mátate! Sin embargo, en este caso, las voces no rompen el discurso. El sujeto está describiendo su experiencia de una

alucinación. Existe un enunciado de la voz “estos niños que están ahí nada más, están ahí nada más en el piso dando voces todo el día”. Sabemos a quién pertenecen las voces. Es cierto que el enunciado es muy leve, es decir, no se sabe cuál es la naturaleza de los niños y en qué momento se pueden situar las voces. De hecho, el sujeto afirma que sucede “todo el día”. Aunque el sujeto ha traído las voces voluntariamente en un ejercicio de descripción de sus experiencias, ejerce su control, y como tal las enuncia, se encuentra en la frontera de la alucinación. El sujeto no emplaza las voces externamente en un momento temporal pasado y las describe con una fuerte influencia sobre él en ese momento. La realidad de las voces es tan fuerte y con tal carga emocional que casi arrastra al sujeto hasta una situación de pérdida de control en el momento en el que las describe. La debilidad del enunciado y la fuerte carga emocional son señales de este hecho. Este tipo de enunciados es típico del grupo de corta estancia.

En el tercer grupo de enunciados la alta carga emocional desaparece. Los usuarios logran distanciarse de los síntomas de la enfermedad, hasta el punto de que muchos de ellos evitan referirse a éstos. Podemos encontrar la elaboración de algunas explicaciones de las causas de la enfermedad débilmente formuladas. Los usuarios controlan completamente el discurso. Una estrategia muy eficaz para dar cuenta de sus experiencias de enfermedad coherentemente, sin correr riesgos, es describir su recorrido por los servicios socio-sanitarios con bastante minuciosidad. Aunque las voces de los técnicos y sanitarios no está integrada en el discurso del usuario. Estos tipos de usuarios es posible encontrarlos tanto en el grupo de corta estancia como en el de larga estancia. Podríamos decir que este tipo de enunciados pueden ser considerados como los enunciados de transición hacia la máxima descontextualización.

En los siguientes extractos una usuaria nos da cuenta de sus problemas de salud mental. Como veremos, la usuaria contesta a las preguntas del investigador de forma muy contextual, sin una carga emocional alta y sin perder el control, dando cuenta de experiencias muy concretas. Veamos este primer extracto.

E48.G1.U8.290

1 I: *¿tú tienes algún problema de nervios? ¿tú cómo lo dirías?*

2 U: lo que sí, que me puse, yo estaba durmiendo toda la vida muy bien y una noche me

3 acosté y estaba yo un poquito mala dije qué es esto, a ver si me han echado algo,

4 será esto [--]

5 I: *¿cómo? ¿cómo?*

6 U: que me creía que mi madre no me quería, era la abuela (.)

7 I: *tú madre no quería y::*

8 U: el albañil me ha echado [----]

9 I: *¿y él era albañil?*

10 U: y dice, déjalo, déjalo, a mí me gustaba un muchachito que había allí, digo a ver

11 si me están echando veneno en la cerveza, toda la noche (.) en la cama, tiritando,

12 muy mala [--]

13 I: *¿cómo? no dormiste en toda la noche*

14 U: me levantó muy temprano, a las ocho, mama ¿qué te pasa? y yo qué sé, algo me

15 pasa, mira, pero ¿qué tienes? las piernas, a ver si viene la enfermera, [----] o

16 pedimos un taxi, nos montamos en un taxi, mi hermano tenía un piso [...]

En la primera línea el investigador pregunta, en tiempo presente, si la usuaria sufre algunos problemas de los “nervios”. El término “problemas de los nervios” es muy general, poco estigmatizador y muy utilizado coloquialmente. Además, con la cuestión “¿tú como lo dirías?” el entrevistador anima a la paciente a utilizar su propia voz, otorgando libertad a la usuaria para explicar qué le pasa. El investigador, de este modo, intenta distanciarse de posicionamientos que lo puedan identificar como clínico. La usuaria responde con una experiencia concreta, muy situada espacio-temporalmente: el momento en el que la usuaria sitúa la primera experiencia de la enfermedad o, por lo menos, el momento en el que ella identifica el comienzo de sus problemas. Podemos ver que la narración es bastante pobre. Sabemos que la usuaria “dormía toda su vida muy bien” y que esa noche, la usuaria no nos dice en qué año, estaba “un poquito mala”. La primera hipótesis, habitual en muchos pacientes que hemos entrevistado, es que “haber si me han echado algo”.

El estupor por esta primera experiencia de enfermedad se traduce en el discurso de la usuaria en un conjunto de síntomas débilmente descritos y conectados. La usuaria señala en distintos momentos: problemas de sueño (L2), que titiritaba (L11), problemas de corte cognitivo, “creía que mi madre no me quería, que era la abuela” (L6) y algo, simplemente nombra esa parte del cuerpo, que le ocurre, sin especificar, en las piernas (L15). De hecho, la usuaria indica explícitamente su incapacidad de comprender lo que le estaba pasando ante una pregunta de su madre (L14). La abundancia del estilo directo inserta en el texto la voz de la madre y la de la usuaria. Como en otros muchos momentos de esta entrevista, la proliferación del estilo directo puede indicar falta de control del discurso y transmitir contenido emocional. Aunque en esta ocasión la carga emocional es sólo moderada. La hipótesis que sugiere que alguien ha introducido algún tipo de sustancia en una bebida está vagamente narrada. Además, encontramos

problemas para contextualizar personajes como “el albañil” (L8), o deícticos de lugar como “allí” (L10).

El dar cuenta de los problemas de salud mental por medio de la descripción de los servicios a los que se acude y los tratamientos que se recibe, puede ser una vía muy interesante para posicionarse como enfermo dentro de un contexto aceptado sin caer en la descripción de síntomas y experiencias, algo que puede ser peligroso y que requiere de muchos recursos lingüísticos. Sin embargo, esta forma de explicar las experiencias de enfermedad es muy precaria y transmite muy poca percepción de agencia por parte del usuario. Veamos un ejemplo de un usuario del grupo de corta estancia.

E49.G1.U6.52

- 1 **I:** *claro, ¿qué tipo de problemas tienes? ¿si tienes nervios?*
 2 **U:** sí, salud mental, a mí me están viendo los médicos de salud mental (.)
 3 **I:** *y eso: cómo: ¿que experiencias tienes tú? no sé si oyes voces, si por ejemplo te entra angustia: (.)*
 4 **U:** Sí que, me ponen muchas inyecciones, [todos los viernes]
 5 **I:** *[te ponen muchas inyecciones]*
 6 **U:** todos los viernes, ¿sabes?, muchas inyecciones yo qué sé, el médico me ha
 7 visto mejor, me ha quitao parte del tratamiento, me encuentro mejor (.)
 8 **I:** *ah ¡qué bien! ¡qué bien!*
 9 **U:** a principio de [----] tengo que ir a que me visite (.)

En las líneas L1 y L3 observamos cómo el investigador intenta que el paciente explique como son las características de la enfermedad que padece. Incluso en la L3 sugiere algunos síntomas conocidos de la esquizofrenia. Sin embargo, el paciente responde a las preguntas del investigador insistiendo en las descripciones de los recursos sanitarios a los que acude y el tratamiento farmacológico que recibe. Solamente al final de la entrevista el usuario describe algunas experiencias genéricas relacionadas con la enfermedad. Veamos este extracto.

E50.G1.U6.241

- 1 **U:** [...] y estoy yendo a salud mental, y he estao en salud mental ingresao:: en salud
 2 mental (.)
 3 **I:** *sí ¿ingresao? en qué hospital ¿aquí, en éste?*
 4 **U:** en éste, que está la salud mental también (.)
 5 **I:** *aha, ¿y por qué estuviste ingresado? (.)*
 6 **U:** porque, porque, (1.0) por lo menos siete u ocho veces (.)
 7 **I:** *¿ocho veces?*
 8 **U:** porque me encontraba mal (.) lo que uno, nada más que entraba saliendo de la casa,

9 entrando y saliendo de la casa, entrando y saliendo, muy nervioso, estaba::: ya ves
(4.0)

Se puede ver en la L3 cómo el investigador pregunta por la causa de los ingresos del usuario en el hospital. El usuario responde tangencialmente aludiendo al número de veces que estuvo ingresado tras intentar infructuosamente responder exactamente a lo que preguntó el investigador “porque, porque (1.0)”. Posteriormente (L8), el usuario alude a conductas concretas que relaciona con la experiencia de enfermedad “saliendo y entrando de casa”, “estaba muy nervioso”. El referirse a conductas concretas, en especial a aquellas que implican dificultades para la convivencia, es otro de los medios para dar cuenta de la enfermedad. Estas dos formas de dar cuenta de la experiencia de enfermedad son las más comunes entre los usuarios del primer grupo, aunque no son exclusivas de éstos.

Veamos a continuación un par de enunciados que pertenecen a los usuarios de larga estancia en los que se evidencia una transformación en el uso de los recursos discursivos y que apuntan al último tipo de enunciados referidos a la enfermedad en los cuales encontramos un alto grado de descontextualización.

E51.G2.U11.135

1 U: en 1950 se casaron, mi padre tenía 30 y mi madre 34, y ya nació mi hermana a los
2 veintiséis... tenía mi madre también 26 y mi padre tenía cuarenti... no, 32 años y yo
3 nací ya a los cuarenta y siete años, ya estaba muy mayor, es que tenía mala salud
4 porque fumaba mucho y yo nací y salí... chungo porque no... con tanto tabaco que se
5 había fumado.

[-----]

6 I: *¿dónde?*

7 U: en la Comunidad Terapéutica, allí en... entonces fue que me hizo un contrato el
8 jefe de... me hizo el contrato, y allí estuve, y ya luego pues me trasladaron aquí a:
[...]

En la segunda intervención (Línea 7-8) el paciente nos narra en detalle, nombres y lugares incluidos, su recorrido por recursos socio-sanitarios (los cuales hemos suprimido para mantener la privacidad) que, como hemos indicado, es una forma segura de dar cuenta de la enfermedad coherentemente dejando el protagonismo a las instituciones. La primera intervención [L1-5] del mismo participante nos sirve de ejemplo de otra característica ya propia de las narraciones de las personas del grupo de

larga estancia. Hallamos causas concretas de la enfermedad aceptables socialmente y alejadas de excentricidad de los complejos delusivos.

El siguiente extenso extracto es paradigmático. Podremos analizar los esfuerzos de un usuario del segundo grupo por apropiarse del discurso profesional. Como veremos, el usuario no tiene éxito, no obstante, este esfuerzo por apropiarse de conceptos científicos y técnicos para integrarlos en el propio discurso del usuario es propio del grupo de larga estancia.

E52.G2.U18.122

- 1 U: [yo he fumao] lo que pasa que he fumao y: y: (3.0) con un psicólogo estuve
 2 hablando: un mes nos llevamos hablando de este tema, pero no recuerdo muy bien,
 3 pero las drogas estas son: (.) todo este tiempo que estuvimos comentando, que
 4 estuvimos hablando y no (.) pero también me pongo unas inyecciones cada 15 días y
 5 tengo exceso de: de: de los: de los: (3.0)
 6 I: *¿exceso de: (.) de qué? (1.0) de una sustancia*
 7 U: de sustancia
 8 I: *¿dónde? En: en el: cerebro ¡no! ¿dónde?*
 9 U: no sé exactamente, donde vaya (.)
 10 I: *tú dice:: que las inyecciones esas son para lograr que se equilibre esa*
 11 *sustancia (.)*
 12 U: me pusieron, cuando estuve en el policlínico me pusieron, un doctor que estuvo
 13 hablando conmigo (.) que: (1.0) uhm ¿cómo fue? (1.0) que:
 14 I: *prescribió (3.0)*
 15 U: me tenía que poner: (2.0) porque cuando me fui al piso ya a mí me, me, sufría un
 16 poquito de: (.) tenía un poquito con: con: tenía un poquito de [esquizofrenia]
 17 I: *[ah] [y ¿eso qué es?]*
 18 U: [Pero muy poquito] ¿esquizofrenia? Ah ¿tú no lo sabes?
 19 I: *no <risas>>*
 20 U: <risas>> Yo tampoco (.)
 21 I: *tú me comprendes [porque]*
 22 U: [yo lo he escuchao] veinte veces pero, [esquizofrenia la tienen todos]
 23 I: *ahí está (.)*
 24 U: pero hay quien tiene más hay quien tiene menos (.)
 25 I: *ahí voy (.)*
 26 U: la persona se pone un poco: como diría, no: (1.0) no tiene: (5.0) ni la: no sé cómo
 27 explicarlo pero que se pone agresiva ¿no? mas: (.)
 28 I: *¿por qué crees tú que te pusieron en el papel eso, hace unos años? (4.0)*
 31 U: porque la comida (.) porque iba a ir a ese sitio y: (3.0) ¿por qué fue? ¿por qué
 32 fue? [----] (4.0)
 33 I: *lo que te quería preguntar yo es que, tú sabes por ejemplo que hay*
 34 *compañeros que a veces oyen voces, tienen pensamiento raros, etc., etc. ¿esas*
 35 *cosas no te pasan ahora a ti? (.) o sí, a lo mejor un poco (2.0)*
 36 U: si es que: (.) está resultando la casa ya (.) otras personas, una chica, unas chicas,
 37 cuatro chicas así me han hecho varias encuestas (.)
 38 I: *¡qué pesados somos! (.) <risa>>*
 39 U: y: (4.0) también me comentaron algo por el estilo eso de:: (.) pero aQUÍ resulta
 40 que, que (1.0) no nos tragamos (.)
 [...]

41 U: y: (2.0) nosotros somos usuarios.

42 I: *sí, usuarios*

43 U: yo: usuario (1.0) y en el hospital macarena me pusieron que tenía un poquito de

44 esquizofrenia y: bastante (.) me dijo que (.) que por qué no lo sabía pero que todo el

45 mundo tenía esquizofrenia y: (2.0) total que aquí llevo ocho años y: y estoy: haber si,

46 pendiente de eso (.)

Entre las L1 y L5 el usuario intenta reproducir las explicaciones sobre las consecuencias de las drogas que le ofreció un psicólogo durante conversaciones. Conversaciones que se prolongaron un mes, según el usuario. Como algunos usuarios de corta estancia en las Casas Hogares, esta persona se posiciona como “usuario de los servicios de salud mental”. Pero este usuario va más allá. Se arriesga a intentar sacar a relucir, con poco éxito, el discurso de los profesionales, en este caso, un psicólogo. No obstante, el poco dominio en este tipo de discurso le impide no sólo integrarlo como propio, sino ni siquiera reproducirlo. Las dos proposiciones esenciales en la primera intervención del usuario que corresponden con el discurso del psicólogo quedan inconclusas. “Pero las drogan son:”, por ejemplo, podríamos proseguir, un factor de riesgo, un factor desencadenante o un agravante de los síntomas. “Tengo exceso de: de: de los: de los:”, podríamos añadir, algunos neurotransmisores, de dopamina, etcétera. Sin embargo, el usuario no es capaz de terminar las frases. Las grandes pausas y los titubeos indican un esfuerzo cognitivo por sacar a la superficie los argumentos y las ideas a las que ha sido expuesto en los servicios sociales y sanitarios. El usuario convierte el diagnóstico de esquizofrenia, que es de carácter discreto, en continuo: “sufría un poquito de: (.) tenía un poquito con: con: tenía un poquito de [esquizofrenia]” (L16). Si unimos esta, en un principio, extravagante afirmación, con las otras dos proposiciones inconclusas del paciente y con las afirmaciones de la L22 “la esquizofrenia la tienen todos” y L24 “pero hay quien tiene más hay quien tiene menos”, podemos deducir con cierta seguridad que el usuario se está refiriendo a la teoría de la vulnerabilidad. Es decir, todos los seres humanos tenemos cierto grado de vulnerabilidad biológica para padecer esquizofrenia y según el nivel de estrés y ciertos factores mantenedores y desencadenantes, como el consumo de drogas, se puede sufrir una crisis psicótica. En la L22 el usuario expresa su frecuente exposición a este discurso, a pesar de ello, comenta sus dificultades para asimilarlo. Posteriormente, el usuario ofrece la única descripción concreta en relación a las experiencias o síntomas asociados a la enfermedad (L27): “La persona se pone un poco más agresiva”. El

investigador que en sus intervenciones anteriores ha estado andamiando, incluso reforzando, las respuestas del usuario (L6, 8, 10, 21, 23, 25), en sus preguntas de las L28 y L33 presiona al usuario para que dé cuenta de su experiencia concreta de enfermedad. La respuesta del usuario en la L36, después de cuatro segundos de pausa, expresa claro hartazgo y se posiciona como objeto habitual de investigaciones, tests y entrevistas en la Casa Hogar. De esta forma, comunica al entrevistador que no quiere que la conversación prosiga por ese sendero y lo posiciona como un entrometido más de la caterva de técnicos que lo evalúan. De hecho, así lo capta el entrevistador: “qué pesado somos”. A continuación, el usuario cambia el sentido de la conversación al derivarla hacia los problemas de convivencia en la Casa Hogar (L39). Un poco más tarde, en la L41, se describe con el mismo término que se ha venido utilizando en este trabajo para referirse a las personas que sufren un trastorno mental grave y que viven en las casas hogares: usuarios. Ésta es la forma oficial de denominación a los residentes de las Casas Hogares. Denominándose de esta manera, el usuario asimila la categoría que le ofrece la institución y a la cual ha estado expuesto para definirse. Sería largo analizar los pros y contras de los discursos que sustentan términos como “paciente”, propio de un discurso médico; “usuario”, perteneciente a la cultura de la salud mental comunitaria y que se fundamenta en una serie de instituciones y políticas de características públicas; y “cliente”, proveniente de una cultura liberal y que hace hincapié en el individuo. En cualquier caso, esta persona se posiciona como usuario y, además, en tercera persona del plural, es decir, considerándose parte de un grupo. Esta auto-inclusión en el grupo de los “usuarios”, aunque no es habitual en ninguno de los grupos, es importante porque no la hemos encontrado en ninguno de los usuarios de menor tiempo de estancia. Posteriormente, afirma ser diagnosticado, en el hospital Macarena, como con un “Poquito de esquizofrenia”. El usuario no sólo diferencia entre categorías (“usuario” y “esquizofrénico”) sino a qué contextos físicos corresponde cada denominación. En las L44 y L45 vuelve a reiterar la idea de la universalidad de la vulnerabilidad a la esquizofrenia.

Por último, comentamos el cuarto tipo de enunciados relacionados con la experiencia de enfermedad. En esta ocasión, sólo encontramos estos enunciados en el grupo de larga estancia. Los relatos sobre la enfermedad de estos usuarios son totalmente coherentes, sin rastro alguno de contenidos delusivos ni de voces invasivas.

Podemos encontrar algunas descripciones de recorridos sanitarios, aunque no tan prolijas como en el grupo anterior. Sin embargo, en este grupo se vuelven a describir las experiencias concretas de enfermedad, se intenta dar cuenta de los síntomas de ésta, aunque en esta ocasión, distanciándose de estos síntomas e incluso usando términos provenientes del discurso médico con eficacia. Veamos algunos ejemplos.

E53.U6. G2.P1.

1 U: Escuchaba voces, creía que los coches las matrículas eran de Eta. que querían
2 poner una bomba, que iba a explotar cuando yo iba a pasar, oía voces que me
3 hablaban, que me iba andando por la calle y telepáticamente me comuni... hablaban y
4 yo pensaba y que le hablaba también telepáticamente...unas historias que ya no las
5 tengo ahora mismo, lo tengo controlado pero por las pastillas, pero como me falta las
6 pastillas yo me descontrolo, pero yo lo llevo muy bien, yo tomo una yo tomo una
7 zipre por... un tx 10 por la mañana, una ziprexap al mediodía de 10 mg un dormodor
8 porque sufro de insomnio y una ziprexa por la noche y un tx 50.

En este ejemplo se describen las experiencias, pero de forma indirecta, sin que aparezcan voces reconocibles distintas de la del narrador. El sujeto habla de lo que sentía y creía pero no reproduce las voces. El enunciado es muy claro y el estilo indirecto es perfecto. Se usan los verbos cognitivos (creía) y perceptivos (oía) en pasado, distanciando los delirios del momento presente. Se utiliza habitualmente la preposición “que”, que funciona como parapeto entre el sujeto del enunciado y del enunciamiento. Por último (L6, 7, 8), el usuario apunta todos los nombres técnicos de los medicamentos que consume. Para este usuario la medicación es un medio de toma de control sobre su enfermedad. Como hemos visto en el Capítulo sobre “Recuperación”, el significado otorgado a la medicación puede ser construido tanto de modo que el usuario no disfrute de capacidad de agencia, como entenderse como un medio de ejercer control y agencia por parte del usuario (Jekins y Carpenter-Song, 2006). Este es el caso del extracto que estamos analizando. En la L5 el usuario utiliza la primera persona para referirse al control que él ejerce sobre la enfermedad por medio de la medicación. Esta microestructura, “Lo tengo controlado pero por las pastillas”, pertenece a la categoría de “Salud”. Hemos visto en el análisis del contenido que las microestructuras relacionadas con procesos de recuperación, apoyo social o control sobre la enfermedad, son más frecuentes en los usuarios de larga estancia que en los de corta estancia. En E16 también hemos observado una referencia al apoyo social para controlar problemas emocionales o relacionados con la enfermedad.

Analicemos otro extracto de un usuario del grupo de larga estancia.

E54.G2.U14.109

- 1 **I:** *cuatro o cinco día, poquito, y tú, tú has dicho antes problemas mentales (.) o*
 2 *problemas: ¿cómo tú [definirías]?*
 3 **U:** [una esquizofrenia] yo: de creerse uno alguien que no es, un trastorno de la
 4 personalidad exactamente, yo pinto óleos,
 5 **I:** *¡ah!*
 6 **U:** me gusta mucho pinta óleos (.) voy al taller todos los días y pinto cuadros,
 7 **I:** *¡ah!*
 8 **U:** unos días los vendo, otro los regalo según el punto que me dé (.) y se cree uno que
 9 es dios se cree uno que es un superdotado, se cree uno que no va a morir nunca, se
 10 cree uno, ideas vanas, ideas tonta que: que: le gusta a uno a lo mejor todas las
 11 mujeres que ve: eha ¡pues todas tiene que ser para mí! y piensa uno cosas de, de estar
 12 volao, de estar descentrado de estar fuera de la realidad, que tiene uno pensamiento y
 13 sentimiento extraños y raros (.) y a lo mejor muchas veces cuando uno se da cuenta
 14 (.) pues a lo mejor le cuesta a uno pues confesarlo, ¿no? pues este hombre va a
 15 pensar, tonterías que se piensa que se cree uno que es el fumar es bueno, por
 16 ejemplo, me fumaba tres o cuatro paquetes todos los días, cuanto más fumaba más
 17 contento estaba, por ejemplo, a lo mejor el que más fume no muere nunca, fíjese
 18 usted (.)

Los recursos lingüísticos que utiliza el usuario para describir su experiencia de enfermedad son muy complejos. Para empezar en las L3 y L4 el usuario define sus problemas por medio de algunos términos técnicos: “esquizofrenia”, “trastorno de personalidad”. También hace una afirmación en la que sintetiza con sus palabras en qué consisten los problemas mentales: “creerse alguien que no es”. Difícilmente interpretable es el posicionamiento como pintor de óleos inmediatamente después de hablar de la enfermedad. En las L6 y L8 continua informando de su actividad como pintor y afirma que tanto puede venderlos como regalarlos, “según el punto que le dé”. En la L9, después de esta digresión, vuelve de nuevo a describir algunas experiencias de enfermedad. No es posible asegurar qué tipo de asociación ha guiado al usuario a incluir el posicionamiento como pintor entre descripciones de experiencias de enfermedad. Podríamos sugerir que el taller donde acude a pintar está destinado a personas con problemas de salud mental y que ésa ha podido ser la asociación. En cualquier caso, lo que el usuario consigue con la inclusión de un posicionamiento activo y positivo en medio de las descripciones de la enfermedad es que no aparezca exclusivamente como sujeto pasivo. A continuación, el usuario hace una descripción extensa con sus propias palabras, es decir, sin emplear los conceptos técnicos o diagnósticos utilizados al principio, de sus experiencias concretas de enfermedad, exponiendo diversos ejemplos de ideas delusivas que ha experimentado personalmente. El usuario utiliza una extraña

forma impersonal: “se cree uno” (L9). Por una parte, el usuario no utiliza la primera persona, lo que supondría una gran implicación personal y, por otra, se incluye en el conjunto de todas las personas que sufren este tipo de experiencias. No obstante, al añadir el pronombre impersonal indeterminado “uno”, existe una ligera referencia a él mismo. Así, el usuario se distancia lo necesario para no identificarse completamente con las experiencias que describe sin despersonalizar completamente éstas. Además, utiliza una serie de vocablos coloquiales para definir esa experiencia: “volao”, “descentrado”, “fuera de la realidad”, “sentimientos extraños”, “tonterías que se piensa”. Extremadamente interesante es la reflexión que realiza el usuario entre las líneas L13-L15. En estas líneas el usuario expresa las dificultades de comentar estas ideas delusivas en los momentos en los que uno se da “cuenta”, es decir en los momentos de conciencia de enfermedad, y el temor por lo que los demás pensarán de uno. El usuario demuestra capacidad de introspección y de realizar hipótesis sobre los estados mentales de otras personas. Lo que llamamos “teoría de la mente”. Es importante señalar que el usuario, a pesar de posicionarse en este largo extracto como persona que sufre problemas de salud mental, nunca se muestra sin ninguna capacidad de agencia. Es también destacable que al contrario de otros usuarios, principalmente del primer grupo, este usuario no hace referencias habituales a la asistencia a los servicios sociales y sanitarios para dar cuenta de la enfermedad.

II. Suicidio

Seis usuarios, dos del grupo de larga estancia y cuatro del grupo de corta estancia, nos relatan episodios de suicidio. Entre distintos medios de suicidio, los usuarios relatan por ejemplo tirarse por las escaleras, cortarse las venas o envenenamiento con pastillas. Ya hemos visto en capítulos anteriores la gran incidencia de los intentos de suicidio en la población que padece esquizofrenia. Además, hemos hecho énfasis en la necesidad de estar atento a los relatos de los usuarios y a sus estados emocionales para prevenir estos intentos. Considero más interesante si encontramos diferencias cualitativas en la forma que tienen los usuarios de dar cuenta de estos episodios que destacar simplemente el mayor número de episodios en el grupo de corta estancia. En el siguiente extracto, una usuaria nos informa de sus intentos de suicidio y los relaciona con la pérdida de un hermano, aunque la audición de esta palabra no es completamente clara. En cualquier caso, la usuaria se está refiriendo a un ser querido.

E56.G2.U17.57

- 1 U: [y otra cosa] yo con 18 años (3.0) yo me he intentado quitar la vida (.)
 2 I: *uhm:*
 3 U: varias veces (.)
 4 I: *con 18 años, ah:*
 5 U: porque he tenido un [hermano] y se iba a morir y por eso me he intentado quitar la
 6 vida (.) varias veces (.)
 7 I: *y ¿cómo murió? Te puedo preguntar cómo:*
 8 U: por cáncer
 9 I: *vaya (.) claro, sería muy joven ¿verdad?*
 10 U: con 18 años, se había criado conmigo, y desde ahí me he intentado quitar la vida
 11 muchas veces, pero eso se me quit: se me pasó, gracias a dios se me ha pasado
 12 I: *¡qué [difícil]!*
 13 U: [se me ha pasado] <in crescendo>>
 14 I: *uhm:*
 15 U: ya se me ha pasado <susurrando>>
 16 I: *¿te ayudo en ese momento tú familia y:?*
 17 U: sí tuve bastante ayuda, bastante ayuda, el psicólogo (1.0) bastante ayuda pero ya
 18 se me ha pasado <susurrando>>

Como vemos en la L11, L13, L15, la usuaria repite que ha superado sus deseos de morir y nos informa del apoyo social que ha recibido. Es interesante que la usuaria nombre a un técnico, “un psicólogo”, y que reitere que ha superado la situación. Además, la usuaria relaciona sus intentos de suicidio con un evento dramático en su vida (L10). Las referencias al apoyo social para superar problemas emocionales o relacionados con la enfermedad son características del grupo de larga estancia y no se encuentran en el grupo de corta estancia (L17). A continuación, veremos varios extractos de usuarios del grupo de corta estancia en los que se describe algunos intentos de suicidio.

E57.G1.U9.120

- 1 I: *y me has dicho que estás aquí gracias, bueno que tu madre te llevó al
 2 tomillar ¿y eso por qué? ¿por qué? (1.0)*
 3 U: porque: (1.0) intenté de suicidarme (2.0), me tomé pastillas, me tiré por las
 4 escaleras (6.0)
 5 I: *uhm: (1.0) Claro fue un susto muy grande:*
 6 U: [para mi madre]
 7 I: *[para tu madre] (2.0) gracias a dios que puedo hablar contigo (1.0)*
 8 U: digo (2.0)
 9 I: *entonces, bueno gracias a dios no salió bien el suicidio (.)*
 10 U: verdad (.)
 11 I: *gracias a dios (.) y ya te llevó ella al: tomillar (.)*
 12 U: *uhm (.) <asiente>>*
 13 I: *¿y tú antes te habías intentado otra vez suicidarte? ¿no? otras veces (.)*

- 14 U: me tiré por las escaleras (.)
 15 I: *o sea que varias veces ¿y por qué? I. (.)*
 16 U: porque me quería quitar la vida (.)
 17 I: *¿y eso por qué? ¿qué ocurría en la vida para:? (1.0) ¿qué pensabas? (.)*
 18 U: no, es que fue que me perdí la cabeza, me volví loca (.) me puse unas zapatillas
 19 de mi hermano, una batidora en la mano y me senté, con una silla, me senté en el
 20 borde de la escalera e intenté tirarme (2.0)

Vamos a detenernos en este largo extracto. Preguntando sobre las razones de su ingreso en la Comunidad Terapéutica, el investigador se interesa por la experiencia de enfermedad de la usuaria. La usuaria explica su ingreso en la Comunidad Terapéutica por sus intentos de suicidio. Seleccionando estos luctuosos sucesos como los más determinantes de toda su experiencia de enfermedad se posiciona como una persona que ha intentado suicidarse. En concreto señala dos formas de intentos, las pastillas y el arrojarse por las escaleras. Los enunciados del investigador en las L5, L7, L9 y L11 tienen la función de ayudar el comienzo de la narración de la usuaria. Con esos comentarios el investigador está intentando provocar un relato más extenso de los episodios de suicidio. Sin embargo, la usuaria se limita a asentir lacónicamente las afirmaciones, aparentemente superficiales, del investigador. Al no obtener respuestas más extensas, el investigador opta por realizar preguntas directas y explícitas sobre los intentos de suicidio en las L13, L15 y L17. Finalmente, en la L18 el investigador logra una descripción un poco más extensa de sus intentos de suicidios y de las razones a las que acude la usuaria para explicar los citados intentos de suicidio. La usuaria señala que se “volvió loca”, “perdió la cabeza”. Interesante es la descripción del intento de suicidio, especialmente el hecho de ponerse las zapatillas de su hermano. ¿Podemos entenderlo como una conducta que para la usuaria representa la locura? Coger una batidora y sentarse al borde de la escalera. Para terminar el análisis de este extracto, es señalable la respuesta de la usuaria en la L6 a la afirmación del investigador sobre “el susto” que debió suponer el intento de suicidio. La usuaria responde que para su madre. De ese modo, la usuaria rechaza el posicionamiento como persona angustiada o con miedo debido a sus deseos de morir y lo traslada a su madre. Así, se sugiere de forma indirecta su determinación a morir en el momento de los intentos de suicidio. Veamos otro extracto de un usuario del grupo de corta estancia.

E58.G1.U3.371

- 1 U: un suceso fue...un suceso fue que me tiré de mi balcón, yo vivía en un primero (.)
 2 me tiré una vez, pero tendría que haberme tirado tres veces para matarme, pero me tiré
 3 una vez (.)
 4 I: *¿te tiraste una vez de...?*
 5 U: y me partí un brazo
 6 I: *¿qué pasó?*
 7 U: no sé, estuve allí seis meses encerrado en mi casa, me habían encerrado, no sé
 8 por qué me tenían encerrado (.) por algo sería, ¿no? <piano>>
 9 I: *¿qué te tenían encERRAdo? ¿quién? <in crescendo>>*
 10 U: mis padres <susurrando>>
 11 I: *¿tus paDRES:::? <in crescendo>>*
 12 U: mis padres y mi hermano (.) seguro que [---] mis padres la llave (.) yo no tenía
 13 llave y a los seis meses dice mi madre, dice mi padre, vamos a dejarlo salir ya porque
 14 lleva mucho tiempo aquí encerrado (.)

Este episodio se encuadra dentro de una parte de la entrevista donde el usuario da cuenta de distintos episodios de intentos de suicidio. Este es un extracto especialmente dramático. Las preguntas del investigador en L9 y L11 muestran su incredulidad ante el relato del usuario. Es especialmente relevante la naturalidad con la que el usuario acepta el hecho de que los padres lo encerrarán en la L8: “por algo sería”. El usuario se posiciona como el causante de la decisión de los padres de encerrarlo e implícitamente arguye que, aunque él no las conozca, sus padres tendrían algunas razones. En ningún momento culpabiliza a los padres por lo hecho. En cualquier caso, el usuario se describe como una persona sin ninguna capacidad de agencia. El salto por el balcón podría interpretarse no exactamente como un intento de suicidio, sino como un intento desesperado por huir del encierro. Sin embargo, parece que el usuario sitúa el intento justamente después de su liberación por decisión de los padres (L13). Por lo tanto, otra posible interpretación es que el intento es una respuesta ante la toma de conciencia de su aislamiento y la impotencia. De igual forma que, salvando las distancias, muchas personas recluidas en campos de concentración nazi se suicidaron precisamente en cuando los aliados los liberaron.

Veamos un último extracto de un usuario del grupo de corta estancia.

E59.G1.U3.177

- 1 U: [...] y ya después pues ya [-----] lo que he hecho es contar a la guardia civil me
 2 corté las manos por las calles porque no me dejaban en PAZ <in crescendo>> (.)
 3 porque (.) porque (.) tenía que elegir entre dos cosas, o seguir tocando o cortarme las
 4 manos y decir ya acabó todo, ¿sabes?

Analicemos este último extracto de un usuario del grupo de corta estancia. Este extracto se encuadra en las descripciones del usuario de sus voces, sus alucinaciones auditivas, y los delitos de exhibicionismo o abusos que en un momento de su vida cometió. El usuario se posiciona como una persona arrepentida (“lo que he hecho es contar a la guardia civil”), incluso podríamos decir inocente y coaccionada, presionada por las voces las cuales son las realmente culpables de sus acciones (“porque no me dejaban en paz”). El usuario se posiciona como una persona que ha tomado una decisión, terrible decisión y limitada, pero decisión al fin y al cabo (“tenía que elegir entre dos cosas o seguir tocando o cortarme las manos”). En cualquier caso, el usuario no es capaz de desligarse emocionalmente de los sucesos y evidencia una importante carga emocional tanto por el contenido de su discurso como por sus rasgos prosódicos. El usuario con fuertes creencias religiosas en otros extractos hace referencia al evangelio para explicar su decisión de cortarse las manos. En concreto, hace referencia al pasaje en el que Jesús aconseja cortarse las manos antes de cometer actos impuros (Mt 5, 27-32). Así, el usuario describe en el momento de la entrevista sus intentos de suicidios sin distanciarse tanto de los síntomas (voces) como de protagonistas de carácter sobrenatural o religioso. Obsérvese que en los últimos extractos no existe ninguna descripción de apoyo social.

La forma de narrar los intentos de suicidio de los usuarios de corta estancia sigue la línea descrita para las experiencias de enfermedad. Lo cual es lógico, puesto que los suicidios pueden considerarse experiencias de enfermedad. De este modo, vemos cómo los usuarios de corta estancia describen de forma muy contextualizada los episodios de suicidio. Incluso, a veces, es posible que las descripciones de los intentos de suicidios se mezclen con pseudo-delusiones o contenidos ambiguos evidenciando una alta carga emocional (E59).

No me gustaría terminar este punto sin antes indicar el riesgo de suicidio en los pacientes esquizofrénicos que residen en recursos residenciales de carácter social. Los pacientes de estos recursos se encuentran en unas condiciones cognitivas y sociales óptimas, por lo que pueden inducir a una relajación en los profesionales debido a la situación de estos pacientes. Ello a pesar de que, como hemos visto más arriba, son estas situaciones, en muchas ocasiones, las que aumentan más el riesgo de suicidio. Los profesionales de estos servicios deben ser conscientes de estos riesgos y disponer de los recursos necesarios para detectar, prevenir y, si se diera el caso, intervenir en casos de

intentos de suicidio. Por ello, es fundamental un seguimiento de los pacientes respecto a qué significado otorgan a sus experiencias actuales y a su valoración de su vida y su futuro. De este modo, se podrían detectar cambios en momentos muy tempranos del proceso depresivo (Tähkä 1993; Maltzberger, 1986).

III. Causas psicosociales de la enfermedad y adicciones

Hemos afirmado que los usuarios de larga estancia intentan dar algún sentido a la enfermedad mediante la elaboración de algunas explicaciones. Hemos visto algunos ejemplos. A continuación, voy a profundizar en este aspecto aportando algunos extractos que introducen causas de carácter psicosocial que pienso especialmente relevantes. Posteriormente, también comentaremos la importante presencia de las adicciones en las narraciones de los usuarios.

En el siguiente extracto podemos ver cómo un usuario describe su enfermedad a partir de problemas con la justicia y dificultades relacionales con la madre.

E60.G2.U14.84

- 1 **I:** *y bueno ¿tú has estado alguna vez en el hospital (.) [ingr]?*
 2 **U:** ¿[ingresado]? sí, ingresado: desde el año 85 (.) tengo el primer ingreso en V,
 3 **I:** *en el 85*
 4 **U:** sí, que: estuve un verano en la cárcel
 5 **I:** *aha*
 6 **U:** porque: mi madre me denunciaba porque le pedía diNEro y no podía DARme y yo
 7 fuI, y yo me queDÉ parao ya y no cobraba desempleo ni paro y na de na y entonces
 8 eso fue lo que hizo que:
 9 **I:** *que:*
 10 **U:** el, el colmo que colmó el vaso para ponerme así mal de la cabeza y eso (.) y
 11 estuve ingresado, estuve ingresado me parece que estuve cuatro o cinco meses,

En este extracto podemos encontrar cómo el usuario señala las denuncias de su madre (L6) por robo como desencadenante de sus ingresos y como causa de que se pusiera “mal de la cabeza”. Es interesante observar que al mismo tiempo de contextualizar sus acciones, “y yo me queDÉ parao ya y no cobraba desempleo ni paro y na de na”, el usuario muestra capacidad para colocarse en la perspectiva de la madre “y no podía DARme dinero”. Con la metáfora de “el colmo que colmó el vaso”, está definiendo la denuncia de su madre y sus problemas económicos como causa desencadenante de la enfermedad. Como en la mayoría de los usuarios del grupo de

larga estancia, este usuario da cuenta de forma compleja de su experiencia de enfermedad.

Habíamos hecho énfasis en la importancia de visualizar la función de cuidadores de las personas que padecen TMG. Aquí vemos cómo una usuaria identifica el estrés asociado a su función de cuidadora como causa de su desajuste mental.

E61.G2.U16.259

1 **I:** *tú ya estabas en el hospital*

2 **U:** no mala no estaba (2.0) pero que: (-) me metieron allí sola, yo entraba mucho al
3 médico, me caí me lastimé de las rodillas, yo no comía, yo no dormía [-----] decían
4 los psiquiatras de que estaba, bueno, algún problema, fui al psiquiatra porque yo lo
5 que tengo es de los nervios por soportar lo que me pasa, yo he soportado mucho, cuidé
6 a mi padre entonces (.)

7 **I:** *tu padre vivía entonces y tu madre había muerto*

8 **U:** me levantaba a la siete, paPA, paPA, paPA, [-----] y hacía el café

9 **I:** *tú hacías el café (1.0)*

10 **U:** es muy largo de contar [...]

En la L2 la usuaria se posiciona como sana en el momento de entrar en el hospital. Podemos suponer que la usuaria no acepta el posicionamiento de enferma mental previamente a entrar en el hospital. El matiz de que la dejaron sola en el hospital (L2) puede interpretarse como una denuncia, una queja. Incluso podría aducirse que esta soledad es una de las causas de los problemas que reconoce la usuaria haber sufrido en la L3. En la L5 la usuaria lo dice meridianamente claro: “yo lo que tengo es de los nervios por soportar lo que me pasa, he soportado mucho, cuidé a mi padre entonces”. Hoy sabemos que la incidencia de problemas de salud mental, especialmente depresión, entre las principales cuidadoras de enfermos crónicos es muy alta. Por lo tanto, la afirmación de la usuaria es muy razonable. El uso de la repetición del sustantivo “papa” con énfasis en la última sílaba transmite su hartazgo, el carácter repetitivo de la tarea de cuidadora y su dedicación exclusiva. Con el último enunciado (L10) la usuaria rehúsa seguir narrando sus funciones como cuidadora con su padre, pero al mismo tiempo se posiciona como una cuidadora que ha ejercido como tal durante mucho tiempo: “es muy largo de contar”.

El tema del consumo de tóxicos es recurrente en las narrativas de todos los usuarios. Ocho de los 18 participantes en la investigación comentan algunos aspectos sobre su consumo de drogas. Si consideramos el tabaco y los fármacos como drogas,

como creo que debemos hacer, cuatro usuarios de larga estancia y dos de corta relacionan directamente el consumo de tóxicos con la enfermedad; ya sea como causa directa o como factor influyente. Los dos usuarios restantes, ambos del grupo de corta estancia, describen episodios de consumo de tóxicos, pero sólo les otorgan una importancia anecdótica sin relacionarlos significativamente con la enfermedad. Otros usuarios señalan el comienzo de la enfermedad con el momento en el que algún desconocido le echó en la bebida alguna sustancia. En concreto tres usuarios. Aunque este tipo de causa esta relacionada con los tóxicos, no pueden considerarse como una adicción. Estos datos permiten apreciar la importancia del consumo en los pacientes que sufren un trastorno mental grave. La patología dual, es decir, la co-morbilidad de TMG con adicciones a alguna sustancia, es una característica habitual en los nuevos pacientes que acuden a los recursos de salud mental. Las referencias a problemas con los tóxicos para explicar la enfermedad se encuentra en un punto intermedio entre las causas biológicas y las psicosociales. Es evidente que los usuarios atribuyen explícita o implícitamente propiedades deletéreas a los tóxicos, los cuales pueden provocar la enfermedad, sin embargo, sitúan estos consumos en momentos muy concretos de sus historias personales y los describen junto con problemas relacionales y conductuales. Por lo tanto, también pueden entenderse estas causas de enfermedad como de carácter autobiográfico y psicosocial. Es reseñable que los cuatro usuarios de larga estancia que describen episodios vitales relacionados con las drogas les otorgan alguna relevancia causal, mientras que dos de los cuatro usuarios de corta estancia no otorgan importancia relevante explícitamente a estos consumos.

Veamos dos extractos, uno perteneciente al grupo de corta estancia y otro al grupo de larga estancia, que relacionan el consumo de tóxicos, directa o indirectamente, con la enfermedad.

E62.G1.U2.202

1 **I:** *y la enfermedad... ¿por qué piensas que....*

2 **U:** ¿la enfermedad de los nervios?

3 **I:** *¿por qué piensas tú que ha surgido....?*

4 **U:** por los porros, seguro.

5 **I:** *¿seguro por eso?*

6 **U:** lo que pasa es que el porro ya me ha tocado la cabeza ¿sabes?

En este extracto observamos cómo el usuario determina la causa de la enfermedad con el consumo de “porros”: “el porro ya me ha tocado la cabeza”. “Tocado de la cabeza” es otra de las metáforas clásicas para dar cuenta de la enfermedad que no estigmatiza a los usuarios. Veamos el siguiente extracto.

E63.G2.U7.188

1U: en 1950 se casaron, mi padre tenía 30 y mi madre 34, y ya nació mi hermana a los
2 veintésis... tenía mi madre también 26 y mi padre tenía cuarenti... no, 32 años y yo
3 nací ya a los cuarenta y siete años, ya estaba muy mayor, es que tenía mala salud
4 porque fumaba mucho y yo nací y salí:: chungo porque no:: con tanto tabaco que se
5 había fumado (.)

Encontramos en este extracto causas concretas de la enfermedad, más o menos aceptables socialmente y alejadas de excentricidad de los complejos delusivos. Además, estas causas son muy complejas y el comienzo de la enfermedad se encuentra perfectamente imbricado, insertado espacio-temporalmente, en las narraciones vitales. En el extracto anterior se indican dos posibles causas de los problemas psicológicos: nacer a una edad avanzada de la madre y la adicción del tabaco del padre. Téngase en cuenta la complejidad de estas propuestas etiológicas, las cuales implican presupuestos biológicos-genéticos. Especialmente interesante es la denuncia de la adicción al tabaco del padre.

A partir del análisis de las narrativas de estos usuarios podemos advertir que gran parte de las causas de enfermedad de los usuarios son de carácter psicosocial o relacional, muchas de éstas conectadas con eventos vitales de los usuarios. A pesar de los grandes esfuerzos de la psiquiatría, farmacéuticas y administraciones públicas para educar y dar a conocer las causas de carácter biológico, las causas sociales y relacionales son a las que mayoritariamente aluden los usuarios para dar cuenta de la enfermedad. ¿Por qué esta resistencia y por qué estas dificultades para asimilar el discurso biológico? Numerosas investigaciones en distintos países señalan que las personas, incluidas profesionales, que entienden la enfermedad mental en términos psicosociales, culturales y biográficos, no en biológicos, presentan mejor actitud y menor rechazo ante las personas con TMG. Es decir, al contrario de lo esperable, la perspectiva biologicista es portadora del virus del estigma (Read y Haslam, 2005). Es más, en investigaciones realizadas con distintas poblaciones se concluye que las

personas recelan más de pacientes con trastornos mentales graves que son descritos en términos bioquímicos o neurológicos que de las personas cuyos problemas son explicados en términos psicosociales dentro de una narrativa de vida (Read y Haslam, 2005; Schulze y cols, 2003). Probablemente, los usuarios son conscientes de este hecho. Dicho de otro modo, si se presentan como individuos con una disfunción neurológica o bioquímica en el cerebro que les provoca la enfermedad, hay menos posibilidades de aceptación social que si se presentan como personas con una historia difícil con episodios vitales extraordinarios que provocan la enfermedad. También es posible lanzar la hipótesis de que en el contexto de las CH los usuarios son entrenados para elaborar historias en las cuales se integren las experiencias de enfermedad de modo que estas experiencias adquieran sentido.

IV. Otras enfermedades

Algunos usuarios se posicionan principalmente y reiteradamente desde el principio de la entrevista como personas que padecen innumerables problemas de salud de carácter físico. Hemos visto que el análisis cuantitativo de las microestructuras relacionadas con “otras enfermedades” muestra un aumento apreciable en el G2. Es la subcategoría dentro de la categoría de enfermedad donde se observa más diferencia. Es evidente que las personas que padecen TMG sufren una incidencia mayor de patologías de carácter orgánico que la población sin TMG. Los problemas sociales asociados a la enfermedad mental, la falta de recursos, los efectos secundarios de algunos tratamientos, las conductas de riesgo y otros factores, explican este hecho. Por ello es interesante que algunos usuarios del segundo grupo den cuenta principalmente de problemas de salud física. Probablemente, sea una estrategia para escapar del estigma de la enfermedad mental. Por ejemplo, en el siguiente extracto observamos cómo la usuaria prácticamente recita todas las patologías que padece.

E64.G2.U15.47

- 1 U: es que yo, es que no, ¡es que no puedes respirar! (1.0) es lo peor que hay (.) que
- 2 hay (.) en todas las enfermedades, es que el tabaco es lo peor que hay (.) yo tengo,
- 3 porque yo tengo mala la barriga, yo soy diabética, yo tengo un montón de
- 4 enfermedades (.)

Esta usuaria que sufre de una grave enfermedad respiratoria señala que el tabaco es “lo peor que hay”. Como hemos visto, el tabaco es sacado a colación habitualmente por los usuarios como factor relacionado no sólo, como en este caso, con patologías físicas, sino en alguna ocasión como causante de los trastornos psicológicos. Posicionarse como persona con problemas de salud de carácter físico, al contrario de con las enfermedades de salud mental, no implica riesgos importantes para la identidad social. Posicionarse como enfermo mental, construir una narrativa de vida que no provoque rechazo y conservar la capacidad de agencia requiere de ingentes recursos lingüísticos. Por ello es posible que algunos usuarios tiendan a centrarse en sus problemas de salud física. Veamos otro ejemplo de un usuario del grupo de larga estancia.

E65.G2.U7.38

1 U: Pero me estaban preparando para hacer ¡Diez cincuenta y cuatro! porque esa marca
2 más o menos si la valía para los 19 años si la valía, más o menos si la tenía porque
3 10.56, más o menos 10.69, 10.70 si tenía (.) es buena, es buena, para los campeonatos
4 de España, pero como tuve una contractura aquí en el mús... en la fibra del músculo,
5 pues me mandó el entrenador al médico, y fui para el médico y me mandaron, y
6 resulta que tenía unos centímetros de diferencia de caderas y entonces no podía correr
7 bien y me entraban las lesiones (.)

Este extracto no sólo es interesante por la referencia a problemas de salud física, sino porque éstos están relacionados con la actividad deportiva. El usuario comentaba su estado físico antes justamente de presentarse a unas pruebas físicas para ingresar en la policía municipal y como una serie de lesiones impidieron superar las citadas pruebas. El usuario muestra capacidad de agencia y una autoestima alta por sus logros atléticos que se vieron frustrados por una “contractura en la fibra del músculo” y “por unos centímetros de diferencia en las caderas”. Préstese atención al carácter médico científico de los conceptos que utiliza el usuario para describir sus problemas de salud.

V. Críticas al sistema

De la misma forma que encontramos críticas explícitas y formuladas sin ambigüedades a las Casas Hogares en los usuarios de larga estancia, también hallamos descalificaciones de los servicios sanitarios en el segundo grupo en al menos dos usuarios. Veamos dos extractos de la misma usuaria del grupo de larga estancia en la que realiza críticas explícitas.

E66.G2.U16.185

- 1 U: he vivió en S.L (.) un año allí
 2 I: *en S.L ¿en la unidad?*
 3 U: antes de venir aquí (2.0) aquello era tercermundista
 4 I: *¿cómo? ¿cómo? ¿cómo?*
 5 U: muy tercermundista (.)

Aquí, una usuaria utiliza el adjetivo tercermundista para calificar una unidad de agudos que todavía está en funcionamiento. El adjetivo tercermundista no es totalmente coloquial, por lo tanto la usuaria exhibe un conocimiento semántico que va más allá de la media.

E67.G2.U16.92

- 1 U: si hubiera estudiado (2.0) probablemente o algo importante hubiera hecho ¡qué
 2 pena! pero con la familia así (1.0) me he llevado 16 horas con todos los libros por
 3 delante, lenguaje, de segundo nivel de lenguaje, segundo nivel elemental de, de
 4 bachiller, de inglés elemental (1.0) ah de segundo (.) [---] pa NA (1.0)
 5 I: *para nada (.)*
 6 U: se me ha olvidado con tantas pastillas que me dan
 7 I: *ya, las dichosas pastillas*
 8 U: estoy borracha de tantas pastillas

Este extracto es especialmente complejo. Para empezar, en la L1 la usuaria utiliza un verbo en subjuntivo para expresar un deseo, una posibilidad situada en el pasado y para construir una frase condicional. El uso de las formas en subjuntivo muestra que la usuaria disfruta de la capacidad de reflexionar sobre posibilidades, intentos, deseos. Es decir, sobre cauces alternativos por los cuales hubiera podido discurrir la vida. En el análisis cuantitativo de la estructura la categoría “Discrepancia” es la que recoge este tipo de verbos. Como hemos visto, el análisis cuantitativo muestra que el grupo de larga estancia recoge más palabras relacionadas con la categoría “Discrepancia” que el grupo de corta estancia significativamente. El uso de este tipo de verbo posibilita posicionamientos alternativos y hace más complejo el discurso. El análisis cualitativo señala que este tipo de uso es casi exclusivo del grupo de larga estancia.

Así, en este extracto la usuaria se posiciona como una persona con una formación cultural importante, y lo que es más importante, con motivación y con capacidad de trabajo. Una persona que hubiera tenido éxito. Al mismo tiempo, como una persona frustrada en sus expectativas: “pa na” (L4). De forma muy débil, posiciona

a la familia como una de las responsables de su fracaso, aunque en este extracto no podemos ver en qué sentido, en otros extractos comprobamos que los padres no veían con buenos ojos que la usuaria estudiara al mismo tiempo que criaba a su hija: “pero con una familia así” (L2). El carácter negativo del posicionamiento de la familia se señala con el uso del conector adversativo “pero”. Por último hay un posicionamiento implícito de los servicios sanitarios en la L6. La frase de la L6 está construida en forma pasiva: “...que me dan”. La usuaria posiciona a aquéllos que le dan las pastillas, se entiende los profesionales con los cuales trata, como responsables de su falta de memoria y pérdida de capacidades cognitivas por medio de la prescripción de las pastillas. Tanto es así que la usuaria se auto-describe como borracha de tantas pastillas. Esta misma usuaria en otro momento de la entrevista describe de forma muy crítica la muerte de un compañero. Por una parte se posiciona dentro de la categoría de usuaria, compañera y, posteriormente, critica a distintos profesionales por no haber hecho lo suficiente. Las críticas a instituciones sanitarias y al uso abusivo de la medicación son exclusivas de los usuarios de larga estancia.

VI. Resumen

Hemos descrito cuatro formas de dar cuenta de la enfermedad por los usuarios de las CH. Además, se ha profundizado en varios aspectos, como los suicidios o las adicciones, que hemos creído importante señalar. Para sintetizar todo lo dicho podemos decir que los usuarios de larga estancia logran distanciarse de las experiencias de enfermedad que describen mediante diferentes recursos lingüísticos, pueden llegar a utilizar conceptos técnicos junto con expresiones coloquiales y a aportar algunas explicaciones, la mayoría de éstas de carácter psicosocial. Sin embargo, los usuarios del grupo de corta estancia pierden el control de su discurso o están en riesgo de ello dando cuenta de estas experiencias de forma muy contextualizada. Las numerosas referencias a las adicciones y los suicidios demuestran que estos aspectos son esenciales en la experiencia de enfermedad de las personas que padecen trastornos mentales graves. Un gran número de usuarios, especialmente usuarios del grupo de larga estancia, afirman que sus problemas de adicción están directamente relacionados con las causas de la enfermedad. Un aspecto a señalar son las críticas de algunos usuarios del grupo de larga estancia al sistema sanitario. Estas críticas muestran capacidad de análisis y de crítica. A

continuación me ocupo de aspectos relacionados con la estructura de las narrativas de los usuarios.

5.3.4. Cohesión, coherencia y estructura narrativa

En los resultados cuantitativos del análisis de contenido podemos apreciar que mientras el número de microestructuras relacionadas con la enfermedad o la salud, las actividades sociales y las relaciones afectivas aumentan de forma moderada en el grupo de larga estancia, las microestructuras con falta de cohesión disminuyen drásticamente en el mismo grupo. No es necesario hacer una lectura muy profunda para llegar a la conclusión de que el drástico descenso no sólo de las microestructuras con falta de cohesión, sino también de las delusivas, en el grupo de larga estancia, puede explicar el aumento del resto de categorías en este grupo. Es decir, entre las microestructuras con pérdida de la cohesión en G1 encontramos, por ejemplo, muchas relacionadas con contenido familiar y que, por lo tanto, no han sido contabilizadas dentro de la categoría “familiar-afectiva”. Recuérdese que, como indicábamos en el Capítulo uno, está ampliamente demostrado que las personas que padecen TMG son mucho más vulnerables a la falta de cohesión en su discurso cuando los contenidos son de carácter emocional y autobiográfico (Harrow y Prosen, 1978; Haddock, Wolfenden, Lowens, Tarrier y Bentall, 1995; Shimkunas 1972). Con toda seguridad un análisis particular de las microestructuras delusivas y con pérdida de cohesión con el objetivo de buscar patrones de contenidos y estructurales, puede ser propuesto como una posible línea de investigación futura de la presente tesis. En cualquier caso, es necesario justificar con numerosos análisis los problemas de cohesión que han sido observados en el grupo de corta estancia. He dividido este apartado en los siguientes subapartados: problemas de referencia, problemas de cohesión semántica y problemas de coherencia.

I. Problemas de referencia

Podríamos comenzar con la pregunta que se hacían Rochester y Martín (1979) en su clásico estudio sobre el discurso en la psicosis: ¿Por qué es tan difícil de entender el discurso de los enfermos con psicosis? De acuerdo con nuestro análisis, una de las principales causas son los problemas referenciales. Esta observación concuerda con numerosas investigaciones. Por ejemplo, Harvey y Neale, (1983) señalaron el exceso de

referencias extra-textuales o exofóricas en comparación con las referencias intra-textuales. También Doherty (1996) diseñó a partir de sus investigaciones el “Communication Disturbance Index” (tabla 1.3) que se basa principalmente en problemas referenciales. Podríamos decir que en las narraciones de los usuarios de corta estancia existe numerosa falta de información, especialmente necesaria en las referencias exofóricas, o referencias vagas y confusas. Los usuarios no son capaces de monitorizar su discurso y decidir qué parte de éste requiere una información extra para ser contextualizada. En numerosas ocasiones los usuarios dan por hecho que comparten un mismo mundo experiencial, o dicho con otras palabras, disfrutan de un alto grado de intersubjetividad, por lo que ahorran información en su discurso. Este hecho puede estar conectado con la pérdida de los límites del yo que desde una perspectiva fenomenológica se ha señalado y de lo cual hemos tratado en la introducción.

Pongamos algunos ejemplos mediante algunos extractos.

E68.G1.U8.28

1 I: *¿chismes muchísimos?*

2 U: enseguida chismes de tacitas [----] de juegos de agua [---] de todo lo que podía,

3 llevaba el paro por delante (.)

4 I: *¿quién estaba en el paro?*

5 U: él, él estaba en el paro (.)

6 I: *¿y quién es él? ¿cómo se llamaba? ¿rafael?*

7 U: enseguida chismes de tacitas, de juego de aguas [---] todos los días todo me lo

8 regalaba a mí, todo (1.0) y yo decía llévame a la discoteca algún día (.)

9 I: *¿a la discoteca? ¿y bailabais?*

10 U: ¡qué gracia! mira, yo tenía mucha gracia, cuando tenía cinco años ¡a bailar mi

11 niña! con cuatro años, ¡venga a bailar mi niña! <da una palmada>> siempre vestía

12 de gitana ¡con cuatro años!

La usuaria estaba comentando en los enunciados anteriores al extracto que presentamos los problemas que había sufrido en su pueblo para establecer relaciones sentimentales. En la línea L3 utiliza un verbo en tercera persona del singular “llevaba el paro por delante”, sin enunciar quién es el sujeto de la acción. Ante la pregunta del entrevistador, la usuaria contesta que “él”, sin explicitar a quién se refiere. El entrevistador opta por ayudar a la usuaria andamiando la correcta identificación del pronombre. Le pregunta si se refiere a una persona la cual ha nombrado minutos antes y con la cual tuvo una relación sentimental (L6). La usuaria no responde en la línea L7 reiterando los contenidos de las líneas L2 y L3. Además, tanto en la línea L2 como en la

línea L7, la usuaria utiliza unas construcciones semánticas ideosincráticas que no son fáciles de interpretar: “chismes de tacitas” y “juegos de agua”. Estas construcciones podrían catalogarse como una “distorsión metonímica” en términos de Cameron (1944, 1947) o como un “significado ambiguo de palabras” según Doherty (1996). En la línea L7 un enunciado, “me lo regalaba todo a mí”, nos posibilita realizar una hipótesis. La usuaria se está refiriendo a objetos que su supuesto pretendiente le regalaba aún estando en paro. El carácter polisémico de la palabra “chismes” (rumor y objeto pequeño sin valor, esta última acepción muy utilizada en Andalucía), el tema de conversación anterior sobre problemas para establecer la relación en el pueblo, la extraña construcción de las palabras “chismes de tacitas” y “juego de aguas” y, por último, los problemas referenciales con los pronombres, provocan que la comprensión de este extracto sea muy difícil y que requiera un gran esfuerzo. También podemos observar en este extracto un ejemplo de tangencialidad en las respuestas de la usuaria. Problema comunicacional que ha sido señalado como frecuente en el discurso de las personas que padecen esquizofrenia. En la L10, ante la pregunta del investigador sobre el último giro del contenido del discurso de la usuaria, ésta da un salto temporal injustificado, teniendo en cuenta el tema sobre el que se estaba dialogando. La usuaria responde dando cuenta de su inclinación a bailar desde muy chica, abandonando el curso principal de su discurso.

De hecho, la pregunta del entrevistador era una señal para que la usuaria diese continuidad a su enunciado anterior: “(1.0) y yo decía llévame a la discoteca algún día (.).”. Además, podemos señalar, aunque este problema no sea grave, que no es posible dilucidar quién o quiénes son los autores de los enunciados en estilos directo de la L10 y L11, “a bailar mi niña”, “venga a bailar mi niña”.

Analicemos a continuación un largo extracto en donde el usuario navega entre la falta de cohesión y la delusión. Como hemos dicho, no siempre es fácil discernir entre las dos categorías.

E69.G1.U3.271

- 1 U: yo creo que una persona que entrega al señor Jesús en vida es porque le tocaría
- 2 hacerlo así a él, porque le tocó a él, porque alguien lo tenía que entregar (.) ¡si fue él!
- 3 <in crescendo>> y no fue, ¡fue Judas Tadeo! Judas Tadeo (1.0) ¡Judas Iscariote! ¿qué
- 4 quiere? cogió le entró dentro el espíritu de Satanás a él, y le habló a él por su boca, y

5 le dijo, cada cosa tiene un signo (.) quiere decir que tiene que tener dios misericordia,
 6 por los arcángeles, por los ángeles, por los niños, por los hombres, por los cielos, por
 7 los chavales (.) a todo el mundo que los perdones el señor dios, que los perdones, y
 8 pueden ir a regresar al reino de Dios (.) y desde entonces tengo problemas porque la
 9 gente dice que yo rezo por él <piano>> (.) no se va a poder por esto y lo otro, ¡y a ti
 10 qué te importa! ¡yo rezo porque me da la gana! en el evangelio viene, tienes que
 11 rezar hasta por el enemigo, ¡sí! y si es tu amigo mejor, pero si es tu enemigo y rezas
 12 por él, señor yo [[en el juicio anterior]] que yo he querido defender a esa persona que
 13 está porque creía yo que se podía arrepentir (.) y a los mejor ya [----] como dice una
 14 vez, en la:: una cosa de la radio, que dijo, señor smith, sabéis que César ha muerto, sí
 15 ha muerto, pero quién tendrá el espíritu de los vuestros (.) porque si no tiene otro
 16 padre que satanás, quién va de necesita de ustedes ¿no?

El usuario se adentra en el debate sobre la culpabilidad de Judas en la muerte de Cristo. Este es un debate muy importante en la teología en los últimos años, sobre todo a partir de la publicación de un nuevo Evangelio Apócrifo, el conocido como el evangelio de Judas; incluso la temática saltó a los medios de comunicación de masas⁴.

El usuario comienza el extracto defendiendo la inocencia de Judas y la utiliza para justificar la misericordia sin límites de Dios, incluso con aquellos que practican el mal (L1-L8). Entre las líneas L8-L13 se adentra en un tema personal mediante una misteriosa microestructura: “y desde entonces tengo problemas porque la gente dice que yo rezo por él”. El carácter misterioso o secreto de esta microestructura se enfatiza debido al progresivo descenso de la intensidad del volumen en el transcurso de la articulación de la microestructura. Aquí tenemos el primer problema referencial, y no es un problema cualquiera porque el pronombre personal “él” sin contextualizar es el eje en torno al cual gira todo el extracto. A continuación, el usuario se dirige en estilo directo a una audiencia sin identificar (L10 y L11). Esto puede considerarse otro problema referencial. En la L10, L11 y L12 se vuelve a referir a “esa persona” que el usuario “ha querido defender” sin especificar a quién se refiere. En todo el extracto no es posible dilucidar quién es esa persona. El estilo directo y las exclamaciones señalan una importante carga emocional. En resumen, el usuario se posiciona como perseguido y presionado por un grupo de personas, sin especificar, por defender a una persona también sin especificar. El usuario se apoya en la autoridad del Evangelio (L10) para la defensa de esta persona, que es posicionada como “enemiga” (L11), ya que el usuario piensa que se puede arrepentir (L13). Desde la L13 también aparecen problemas de

⁴ Si se quiere consultar ese evangelio Apócrifo y adentrarse en el tema es posible consultar el siguiente enlace: <http://www.piedrasrodantes.com/judas/>.

referencia: ¿quién es el señor Smith? ¿A que César se refiere el usuario? ¿Al emperador romano? ¿A quién o quiénes se refiere el usuario con los pronombres personales “vuestrós” y “ustedes”? Sabemos que el contexto es un programa de radio (L14), pero no sabemos más. Más tarde, meses después de la entrevista, se pudo averiguar que el señor Smith es Joseph Smith, protagonista del Libro del Mormón y fundador de la Iglesia de los Mormones, al cuál se le reveló el ángel Moroni. Varios minutos después de este extracto el usuario revela quién es ese enigmático “él”. Él es Satanás. Es decir, el usuario reza por la salvación de Satanás y ello provoca el rechazo y la persecución. Como se puede fácilmente ver una vez contextualizado el extracto con enunciados posteriores es posible dilucidar que el extracto forma parte del núcleo delusivo que sufre el usuario. Sin embargo, los problemas referenciales siempre tienen preferencia y se categorizan como “falta de cohesión”. Aun así, no podemos olvidar que la falta de cohesión y problemas delusivos están estrechamente relacionados.

Veamos otro extracto donde encontramos distintos problemas referenciales. En el siguiente extracto una usuaria nos cuenta un aborto que sufrió su madre. Por las dimensiones de la descripción y su contenido emocional este episodio es señalable como muy importante en la vida de la usuaria. Además, hay que tener en cuenta que la usuaria estaba presente en aquel momento. Seleccionamos este extracto porque podemos observar importantes problemas de cohesión.

E70.G1.U8.103

- 1 U: [---] ¡coge corriendo! ¡llama un taxista! ¡tu madre está ya:::!. (.) ¡agachémosla aquí!
 2 ¡está sangrando! [-----] ¡está en peligro! (.) y el niño estaba muerto (.)
 3 I: *¡hay! ¡qué triste!*
 4 U: pues mis amigas, las muchachas, le van a dar (2.0) eso de farmacéutico, le dije, ya,
 5 po yo no quiero, po yo no quiero, yo decía mi madre está mala, está mala y dice ¿qué
 6 le pasa? ¡no [-----]! que ella no está casa, que ella no está casa, yo creo que lo eché [-
 7 -----], digo pues yo no eché el mío, tú [----] por la noche, ¡he perDÍO el novio por su
 8 culpa!
 9 I: *¿he perdido el novio?*
 10 U: por su culpa he perdido el novio, por haberlo echao antes de esto.
 11 I: *¿a ti te lo dijo?*
 12 U: a mí, a mí me lo dijo (.) allí en Sevilla, llegaba gente, llegaba gente, y tú madre
 13 ¿cómo estás? está delgaila allí con los capitanes, con el ejército, los sargentos
 14 primero, con las artistas (.)
 15 I: *¿con los capitanes?*
 16 U: sí, allí en teniente [-----] donde nacen los niños (.)
 17 I: *¿dónde?*
 18 U: en garcía morato (.)

Para empezar, podemos notar un número excesivo de enunciados en estilo directo en ausencia de una voz narradora. Esto que de por sí puede ser problemático cuando la audiencia no está bien contextualizada, en el momento en el que la voz del narrador está ausente, como en la primera intervención de la usuaria, la comprensión del discurso se hace muy difícil. Por ejemplo, en las L1 y L2 la voz de la narradora sólo aparece al final: “y el niño estaba muerto”. Pero desconocemos con seguridad quiénes son los autores o autoras de los enunciados: “¡coge corriendo! ¡llama un taxista! ¡tu madre está ya:::!. (.) ¡agachémosla aquí! ¡está sangrando! ¡está en peligro!”. El exceso de enunciados en estilo directo, además de poder dificultar la comprensión del texto, es una señal de alta activación emocional. En la L4 observamos una pérdida evidente de la información necesaria para entender la frase, la referencia a “eso del farmacéutico” es muy vaga y poco específica. Más aun cuando esa expresión es un aspecto central del discurso de la usuaria. Existe otro grave problema referencial que forma parte del núcleo del discurso de la usuaria en relación con el pronombre “lo” (L6, L10), del cual no tenemos ninguna referencia. Podemos suponer que se refiere al feto pero en ningún caso lo podemos deducir del texto. Pero encontramos más dificultades referenciales, por ejemplo, con el pronombre neutro “esto” (L10). También encontramos una extraña metonimia que la misma usuaria nos resuelve algunas líneas más tarde, tras dos preguntas del investigador (L15 y L17). La usuaria describe el lugar donde se encontraba su madre diciendo que ella estaba “con los capitanes, con el ejército, los sargentos primeros, con las artistas (.)”, seguidamente, tras la pregunta del investigador, como el lugar “donde nacen los niños”, es decir, un hospital que incluso llega a identificar. La usuaria sustituye el lugar físico, el hospital, por los residentes, que en ese momento estaban ingresados o visitaban el hospital. Es imposible colegir cuál es la asociación que ha llevado a la usuaria a establecer esta relación entre contenido y continente. Es un ejemplo claro de distorsión metonímica.

Veamos otro extracto donde se evidencian más problemas referenciales entre otros.

E71.G1.U2.220

1 **I:** *claro (.) no, pero ahora estás controlado y te tomas la medicación y demás.*

2 **U:** ahora estoy muy controlado (.) yo con esta gente estoy una jarta de agusto,

3 ¿sabes Javi? [[trae el periódico]] lo mismo lloro que me jarto de reír <rie>>.

4 [[si me lo dijiste]] [[me lo dijiste]] yo estoy a las órdenes de éste <rie>>, o

5 esos cabrones le puedo decir, me ha dicho, que a la macarena no le digas na
6 <rie>> (.) macarena, la rubita (.)

Podemos detectar cuatro referencias sin aclarar. Primero, ¿quiénes son “esta gente”? (L2). De todas formas, esta es la referencia más fácil de interpretar puesto que podemos deducir que se trata de los monitores y monitoras con los cuales vive el usuario. Segundo, en la L4 sí hallamos una evidente falta de referencia del pronombre demostrativo “éste” (L4). ¿Se refiere al investigador? Tercero, ¿quiénes son “esos cabrones”? Y cuarto, ¿quién es “Macarena, la rubita”? Poco después descubrimos que Macarena la rubita es una monitora. Además, el extracto puede ser catalogado dentro de las categorías propuestas por Andreasen (1979), “descarrilamiento” e “Incoherencia o ensalada de palabras”. El usuario parece que establece un diálogo consigo mismo en el que pierde el hilo de la conversación con el investigador ante un estímulo interno. El “descarrilamiento” puede situarse en la L3, justamente en la palabra “trae el periódico”, la cual no se entiende muy bien debido a la rapidez con la que se emite. Lo mismo ocurre con las palabras “sí me lo dijiste” en la L4.

II. Problemas de cohesión semántica

Bleuer (1911) defendió que el núcleo de la esquizofrenia lo encontramos en la “pérdida de las asociaciones que mantienen unido el curso del pensamiento”. Bleuer reseñó la importancia de este aspecto sobre otros dos que fueron apuntados por este autor clásico: “la ambivalencia emocional” y el “autismo”. Sin lugar a dudas, esta pérdida asociativa está relacionada con los problemas de cohesión semántica. La “incoherencia o ensalada de palabras” que observábamos en el último extracto es un ejemplo de esta pérdida de asociación entre los conceptos que tejen un discurso. Gran parte de los problemas de cohesión del grupo de corta estancia son debido a distorsiones de tipo semántico en el discurso de éstos. Veamos otros extractos que podrían encuadrarse dentro de la categoría de “Incoherencia” propuesta por Andreasen (1979).

E72.G1.U1.17

1 I: ¿allí en el tardón?

2 U: no, en las letanias (.)

3 I: ¡ah! en las letanias

4 U: Tardón ya no (.) Tardón (2.0) y pasa como tener dos padres, pero no sé que pasa (.)

5 que he pasao la siguiente frase (1.0) ¡si hay que comer se come! <susurrando y más

6 grave>> (1.0) todo eso (.) hay que comer y se acabo y nos comimos los muebles (.)

7 pero de todo el mundo (.)

¿Dónde radican los problemas de comprensión que evidencia este extracto? La usuaria está hablando sobre el ambiente en el barrio donde vivía cuando el investigador pide que aclare a qué barrio se refiere (L1). A partir de la pausa de dos segundos en L4 la usuaria se desvía del eje central que ha ordenado hasta entonces el discurso. Primero encontramos una comparación difícil de entender: “pasa como tener dos padres”. ¿Podrían identificarse los dos padres con los dos barrios en los que ha transcurrido la vida de la usuaria antes de vivir en la Casa Hogar? Es necesario señalar el uso de tiempos verbales en presente, “pasa”, “no sé qué pasa”, “si hay que comer se come”, “hay que comer y se acabo”, en un contexto en el que se comentaban aspectos pasados. En la L6 la usuaria vuelve a usar tiempo verbal pasado “y nos comimos los muebles”. En la L5 encontramos una reflexión meta-narrativa incomprensible en un principio: “que he pasao a la siguiente frase”. La microestructura de la L6 “si hay que comer se come” es articulada con una frecuencia e intensidad completamente diferente a la habitual de la usuaria y presenta un tono cercano a la de un hombre con una gran autoridad. Este enunciado reconduce el discurso de la usuaria. La autoría de ese enunciado proviene de una persona de mucha potestad sobre la usuaria, quizás su padre. La acción de “comerse los muebles” puede ser entendida como una metáfora que expresa extrema miseria o necesidad, sin embargo, esta metáfora no ha sido convenientemente señalada (Moya, 1990). Lo mismo ocurre con la comparación de la L4. Podríamos resumir los problemas que evidencia el extracto usando el concepto de “Asyndesis” (Cameron, 1940, 1947). El cual hace referencia a la pérdida de las conexiones lógicas entre los conceptos dentro del discurso. El mismo autor propuso, como hemos visto en el capítulo 1, el término de “sobreinclusión” para explicar las distorsiones comunicacionales en pacientes con psicosis. Este término hace referencia a la incapacidad del paciente de limitar su foco de atención a los estímulos revelantes. En este caso sugiero que la usuaria desvía su atención hacía un estímulo que es interno. Parece que la usuaria ha desviado su atención de la dirección establecida junto con el interlocutor hacia un poderoso diálogo interno iniciado por una voz de gran autoridad. Las referencias meta-narrativas de las L4 y L5, “no sé que me pasa [...]”, pueden ser entendidas como un señalamiento muy precario del inmediato giro de su discurso y de

la confusión que sufre la usuaria debido a la invasión del diálogo interno que probablemente está conectado con el tema de la conversación con el investigador.

Veamos otro extracto que podría catalogarse como “ensalada de palabras”.

E73.G1.U4.119

1 U:[...] mi madre era muy dura, ¿sabes? ¿yo qué sé? y na y está muerta y el tanatólogo
2 es el médico de los muertos ¿sabes? tú sabes que el tanatólogo es le médico de los
3 muertos, que luego lo lleva a reanimar al resucitao cardiopulmonar para que le hagan
4 (.) le pongan nuevo (.) lo que sea, ni la han embalsamao ni (.) mi hermana es bióloga
5 ha pasao esto y la ha llevado al cementerio de la Higuera (.)

Observamos que el usuario presenta problemas para lograr cohesión semántica entre los conceptos y los temas que guían su discurso. Al final de la L2 existe una digresión a través de la cual el usuario introduce conceptos médicos como “tanatólogo” y “reanimación cardio-pulmonar”, de forma ambigua, y sin conectar con el tema que se trataba. En la L5, tras una referencia a la profesión de la hermana, el usuario vuelve al tema que abandonó en la L1 indicando que ésta se la “ha llevado” a un cementerio determinado.

E74.G1.U1.23

1 U: no eso fue allí (.) en el tardón (.) en las letanias fue donde mi padre sacó
2 oro, y fuimos felices, en triana y to y nos levantábamos temprano y era
3 maravilloso.... de limpieza (.) ¡es que mi padre tuvo un tuRRÓN, un
4 tuRRÓN!<in crescendo>>

En la línea 5 hallamos el uso de la palabra “turrón” de una forma idiosincrásica que resulta imposible de entender. Podríamos sugerir como categorización del uso de esta palabra “turrón” una falta de rotulación de una metáfora (Moya, 1990), un problema de parafasia semántica (Andreasen, 1979), “asyndesis” (Cameron, 1940, 1947) o el uso de un “significado ambiguo o erróneo de una palabra” (Doherty, 1996) (ver capítulo 1.4 de esta tesis). El carácter universal del significado metafórico del “oro” (L2) conlleva, a pesar del uso extraño del verbo “sacar”, que se pueda interpretar con fiabilidad la microestructura “mi padre sacó mucho oro”. Es decir, el padre se enriqueció. La metáfora más usada sería correctamente: “mi padre se hizo de oro”. Con el uso del verbo “sacar” el carácter metafórico de la expresión se diluye por lo que aumenta el grado de ambigüedad de la expresión. La sustitución del verbo “hizo” por “sacar” es un caso de parafasia semántica.

Veamos en el siguiente extracto la creación de un interesante y cómico neologismo.

E75.G2.U4.342

- 1 **I:** *y en tu opinión eso de ser esquizofrénico, ¿en qué consiste? (.) porque los*
 2 *médicos hablan mucho:: (2.0)*
 3 **U:** esquizofrénico que se llama equinofrénico, equinofrénico es de sagitario...del
 4 caballo, del equino (.)
 5 **I:** *tú ¿qué opinas que significa eso?*
 6 **U:** equinofrénico...equitación.
 7 **I:** *tú has dicho esquizofrénico, ¿eso qué significa? ¿en qué consiste?*
 8 **U:** esquizofrenia es división de la mente. Es como se llama la esquizofrenia, división
 9 de la mente

Observamos que tras la insistencia del investigador, el usuario es capaz de definir la esquizofrenia acudiendo a su significado etimológico. Es decir, la creación del neologismo en la L3 no ha sido provocada por el desconocimiento de una respuesta más canónica. Un último extracto de este mismo usuario.

E76.G1.U4.145

- 1 **I:** *¿y cuántas veces has estado en el hospital?*
 2 **U:** mogollón de veces (.) me escapaba del psiquiátrico, mi madre me cogía y para
 3 adentro otra vez (.)
 4 **I:** *¿en la unidad de agudos?*
 5 **U:** mi madre no podía conmigo porque claro estaba con ese caballo de marras y el
 6 caballo se la ha cargado, el sagitario ese:: (.)

El usuario se posiciona como un enfermo difícil entre las L2 y L3. Posiciona a la madre como incapaz de controlarlo (L5). En la L5 el usuario culpa al “caballo”, a “el sagitario ese” de la muerte de la madre. El término del “caballo” evoca al mundo de la heroína y al dolor, sufrimiento e impotencia que conlleva. Sin embargo, el anterior extracto (E75) nos hace llegar a la conclusión que con el “caballo” el usuario se refiere a la enfermedad, la esquizofrenia como un caballo desbocado.

III. Problemas de coherencia

Se ha afirmado en el primer Capítulo que el concepto de coherencia va más allá del de cohesión. Es cierto que sin una mínima cohesión no es posible la coherencia, sin embargo, la cohesión textual no implica la coherencia de una narración de vida. El carácter cualitativo y global del concepto de coherencia narrativa hace difícil una

definición sintética y definitiva. Habermas y Bluck (2000) desglosa el concepto de coherencia narrativa en cuatro subtipos: “coherencia temporal”, “coherencia autobiográfica”, “coherencia causal” y “coherencia temática”. Lucius-Hoene & Depperman, (2002) añaden el adjetivo “global” al concepto de “coherencia” para hacer énfasis en la capacidad para elaborar un relato autobiográfico de acuerdo con las exigencia del contexto social. Haciendo un esfuerzo por ser sintético mostraré mediante extractos de usuarios cuatro dimensiones de la coherencia narrativa que hemos analizado.

Un aspecto de las narraciones de los usuarios que está directamente relacionado con la “coherencia” de estos relatos es cómo comienzan sus narraciones. Es decir, cuál es la primera respuesta de los participantes a la petición del investigador. Esta primera respuesta a una tarea, elaborar una narración de la propia vida, que es inusual y que requiere muchos recursos, refleja sintéticamente cómo se enfrentan los usuarios a esta actividad y cómo entienden los usuarios el escenario de la tarea. Dicho de otra manera, qué grado de dominio disfrutaban los usuarios en la tarea: elaboración de una narración de vida en un contexto interaccional. Se han hallado cuatro formatos típicos de respuesta en los usuarios, formatos que se pueden combinar. Es decir, algunos usuarios muestran un formato mixto. El formato más frecuente entre los usuarios es el que hemos denominado: “Descripción del conflicto esencial”. En este formato los usuarios responden a la petición del investigador con una descripción muy concreta, en ocasiones en una sola frase, del núcleo conflictivo esencial que preocupa al usuario y que focalizará, a veces completamente, la narrativa del usuario durante toda la entrevista. De alguna forma, estos usuarios adelantan el nudo narrativo de sus historias, “turning points” diría Bruner (2001), los cuales normativamente se encontrarían en una posición central en las narraciones. Diez usuarios inician sus intervenciones de esta forma. La mayoría los encontramos en el grupo de corta estancia, seis usuarios por cuatro del grupo de larga estancia. Un ejemplo de este formato de comienzo lo encontramos en el E18, aunque en este caso la exposición que realiza el usuario del conflicto central que dominará su narración es un poco amplia. Un claro ejemplo de comienzo mediante la exposición del “conflicto esencial” de forma mucho más lacónica es el siguiente.

E77.G1.U2.1

1 I: *yo quiero que me cuentes tu vida (.) tú con libertad (.) tú empiezas con toda tu*

- 2 *vida... las cosas que consideres que sean muy importantes* (.)
 3 U: muy importante para mí madre está muerta y mi padre se murió hace seis
 4 meses (1.0)
 5 I: *lo siento A. (1.0)*
 6 U: no pasa nada.
 7 I: *lo siento* (.)
 8 U: ahora, hazme tú preguntas (.)

Esta forma de iniciar una narración de vida muestra una persona que no domina la actividad de la elaboración de una historia personal. Estos usuarios, en distinto grado, no contextualizan previamente sus conflictos y no mantienen la atención y la curiosidad de la audiencia, en este caso el investigador, retrasando la exposición del núcleo de sus historias mientras que integran este conflicto en los contenidos de sus historias personales.

El anterior extracto también responde al segundo formato. Es decir, en el mismo extracto coexisten dos formatos. Vemos en la L8 cómo el usuario pide al investigador que guíe su narración. Cuatro usuarios solicitan tras las primeras cuestiones del investigador que sea el investigador quien pregunte de forma concreta sobre aspectos de su vida. Tres de estos usuarios pertenecen al grupo de corta estancia y uno al grupo de larga estancia. Mediante esta petición al investigador, el usuario muestra su incompetencia y su falta de comprensión del contexto de la entrevista renunciando al control de su propia narración.

La tercera forma, muy minoritaria, de comenzar las narraciones, es describir la vida diaria del usuario en las CH directamente. Solamente dos usuarias, una de cada grupo, comienzan de este modo. Veamos un ejemplo.

E78.G1.U8.1

- 1 I: *cuando tú quieras me empiezas a contar tu vida* (.)
 2 U: me encuentro aquí muy bien:: algunas veces me acuesto tarde, me acuesto cuando
 3 tengo sueño, luego enciendo la luz, me pongo a leer, voy a orinar, unos días me
 4 levanto más temprano, otros días más tarde, luego me lavo, luego el aseo, pero vamos
 5 está muy bien, lo hago todo muy bien porque yo soy quien::: pido el jarabe, en fin::

El último y cuarto formato de inicio es el que se ha denominado “resumen vital”. Este formato se corresponde al “resumen” o a la “evaluación-preludio” que ocupa el primer lugar en una estructura narrativa según Labov (1972). Este resumen puede incluir el conflicto esencial de la narrativa pero en ningún momento se reduce a éste y en cualquier caso sirve para señalar la importancia de la narración, contextualizarla y

realizar una evaluación general de carácter ético o moral de los contenidos que vendrán. Son nueve usuarios los que comienzan su narración de acuerdo con este formato. Es el segundo formato de comienzo más frecuente. Seis usuarios de larga estancia comienzan con este formato por sólo tres usuarios de corta estancia. Es más, cuatro usuarios del grupo de larga estancia prosiguen sin interrupción su narrativa de vida tomando el control completo de su relato sin ningún andamiaje del investigador. Es decir, podríamos decir que estos cuatro usuarios comprenden la petición del investigador y el escenario de una entrevista narrativa entregándose desde el principio a la elaboración de una narrativa extensa sobre sus vidas. Un ejemplo de este formato de comenzar una narrativa de vida la encontramos en E30. Veamos otro extracto de una usuaria del grupo de larga estancia.

E79.G2.U15.4

1 **I:** *¿por dónde empezarías: tú a contar tu vida? si tú te encontrases a un amigo,*

2 *por ejemplo, que no ves en mucho tiempo (1.0) ¿qué le contarías? (1.0) por*

3 *ejemplo (.) de tu infancia, de dónde naciste, de tú familia (4.0)*

4 **P:** yo nací en zamora (.) y: era chiquitita (.) con meses cuando me fui pa Galicia,

5 **I:** *aha (1.0)*

6 **P:** he vivido (.) fui criada con mis abuelos (.) porque mi padres trabajaban y fui criada

7 por mis abuelos (2.0) y a los 18 años (1.0) me: me marché de casa <creciente>> (-)

8 pero yo: la infancia he tenido muy mala porque yo siempre he estado ingresada con

9 asma, (.) con la barriga, siempre estaba ingresada, siempre estaba mala (3.0) eso, a

10 los 18 años me marché de casa (2.0) he viajado por mucho sitios (3.0) he viajado por

11 muchos sitios (.) y: he estado también mucho tiempo en barcelona con mi hermana,

12 tengo una hermana mayor que vive en barcelona, que está casada, he estado con ella

13 muchas veces (2.0) y he viajado por madrid, por muchos sitios (-) y el último sitio

14 donde paré fue aquí por: sevilla, que fue aquí donde paré, y aquí me quedao (2.0) y

15 eso y: aquí me he quedao (1.0) y aquí estoy, aquí estoy [...]

El investigador define el contexto que cree más apropiado para la entrevista: “Si tú te encontrases a un amigo...” (L1). Así define el encuentro no como una entrevista sino como el encuentro con un amigo. La usuaria muestra capacidad para construir una narración de su vida de forma coherente, seleccionando los sucesos que cree más importantes y ordenando estos acontecimientos con conectores causales y adversativos. En este extracto aparecen los temas más importantes en los que profundizará en el resto de la entrevista: la vida con los abuelos, su mala salud y sus numerosos viajes.

Vayamos a analizar otro aspecto esencial de las narrativas relacionado con la coherencia. Una de las propiedades esenciales de las narraciones es que posibilitan la re-

experiencia de los episodios de vida en un marco temporal. El orden temporal de las narrativas posibilita su comprensión y está estrechamente relacionado con las conexiones causales entre los acontecimientos. La secuenciación temporal de los episodios de vida es una de las tareas que debemos llevar a cabo cuando construimos una narración de vida y se encuentra directamente conectada con la coherencia narrativa. Una narrativa sin orden temporal se encuentra en una dimensión imposible de aprehender. Una especie de presente continuo que no puede sustentar una identidad coherente ni proyectar la vida hacia el futuro. El análisis cuantitativo muestra que existe un aumento de conectores temporales (entonces, después, antes de, etcétera.) e indicadores temporales (en el año 1980) y espaciales (en Sevilla) en el grupo de larga estancia. Estos criterios de análisis reflejan que las narraciones de los usuarios de larga estancia están mejor estructuradas temporalmente y también espacialmente.

Veamos en los siguientes extractos de usuarios de larga estancia cómo contextualizan sus episodios de vida usando un recurso muy especial: situando los acontecimientos dentro de eventos históricos que todos conocemos. Este recurso, aunque es minoritario, es exclusivo de los usuarios de larga estancia.

E80.G2.U18.69

1 U: [murió] él ya y ya me tuve que hacer cargo de la familia, me libré entonces con
2 prórroga de primera clase, tuve que arreglar un montón de papeles llevármelos otra
3 vez pa allá, me cogió el golpe [de estado] [...]

Este usuario señala el golpe de Estado en España para situar un momento crítico en su vida. Muerte del padre, su nueva posición como cabeza de familia y la consecución de una prórroga en el servicio militar. Es interesante reseñar el alto grado de agencia que refleja este enunciado: “me tuve que hacer cargo”, “tuve que arreglar muchos papeles”, etcétera. Todos los verbos son construidos en forma activa y en primera persona e indican capacidad de acción del usuario. En extractos posteriores el usuario explica cómo le afectó el golpe de Estado. Analicemos un extracto de una usuaria.

E81.G2.U16.28

1 U: [...] y para mí vida ha sido un poco destructiva (.) tan desgraciaIta eh (.) por la
(.)
2 porque me pasó una época muy mala (.) que era la época del racionamiento (.)
3 I: *UHM, ya*

- 4 U: la época de franco
 5 I: *ya (1.0)*
 6 U: entonces, se pasó mucho [---] sindicato vertical <muy bajo>>
 7 I: *bueno*
 8 U: me ha querido mi madre mucho (1.0) mi madre me quería mucho (-) y yo a limpiar
 9 puesto que mi hermana se puso a trabajar (1.0) en la compañía telefónica (3.0) y yo
 10 corriendo me metí en una academia muy pequeña (3.0) y: y cuando ya se colocó yo
 11 ya me pude poner a estudiar algo (-)

Este extracto no es sólo interesante por el uso de acontecimientos históricos para contextualizar episodios de vida y que así sean mejor comprendidos, sino también por las descripciones de las relaciones familiares a partir de la L8. Con las expresiones de las L1 la usuaria se posiciona como una víctima del tiempo que le tocó vivir. Especialmente fuertes son las expresiones “mi vida fue un poco destructiva” y “desgraciaita”. La causa de estos posicionamientos se explica mediante el conector “porque” (L2). En concreto la usuaria nombra “la época del racionamiento” (L2) calificándola como una “época muy mala”, dificultades que enfatiza en la L6: “se pasó mucho”. Es decir, la usuaria no sólo sitúa temporalmente sus episodios vitales, sino que relaciona causalmente su vida y la época que le tocó vivir. Tras algunas frases que no se entienden (L6), la usuaria nombra una institución de la dictadura: “el sindicato vertical”.

Veamos otro extracto de la misma usuaria.

E82.G2.U16.282

- 1 U: y aquí estoy pues (.) que yo soy una monitora ¡eh!
 2 I: *ya*
 3 U: si yo fuera una monitora...yo he estado tres años en el hospital trabajando (.)
 4 I: *tres años en el hospital*
 5 U: en las cinco llagas
 6 I: *sí, donde ahora es el parlamento ¡anda!*
 7 U: con el dr R.R.L
 8 I: *y eso ¿cuándo? ¿con qué edad?*
 9 U: en el setenta y uno yo entre en::: (.)
 10 I: *¿dónde?*
 11 U: en operaciones del corazón (.) con médicos, anestésistas [---]
 12 y estaba muy contenta allí, muy a gusto (.) pero después, después entraron
 13 enfermeros (.)
 14 I: *ya, ¡qué pena!*
 15 I: *entonces has trabajado en un sitio mucho tiempo, tres años*
 16 U: yo he trabajado de auxiliar y de enfermera (2.0) en una época que, que no sé [---]
 17 luego resulta que el personal no quería quitárselo, las enfermeras [---]

En enunciados anteriores a este extracto la usuaria nos comenta el tiempo que lleva viviendo en las CH. Como producto de la larga experiencia en las CH, la usuaria

se posiciona como una “monitora” de forma humorística en la L1. El posicionamiento como posible monitora, mostrado mediante el uso del subjuntivo (L3), es reforzado al posicionarse como profesional sanitaria especialista mediante información concreta sobre su actividad profesional en un hospital. En este extracto la usuaria sitúa espacio y temporalmente su actividad profesional. En las L3, L5, L7 y L11 la usuaria va concretando espacialmente donde desarrollaba su actividad profesional. En la L9 mediante un indicador temporal nos ubica temporalmente. Al nombrar las profesiones altamente especializadas con las cuales compartía su trabajo refuerza retóricamente su posicionamiento como experta. La usuaria expresa su satisfacción por su trabajo hasta que llegaron los “enfermeros” (L12, y L13). A pesar de los problemas de audición en las L16 y L17 es evidente que la usuaria nos está trasladando a un momento muy importante de la historia de la gestión sanitaria en España: la profesionalización progresiva de las tareas de los enfermeros y la división de las actividades entre auxiliares y enfermeros. Este momento supuso el empeoramiento de las condiciones laborales de la usuaria. En cualquier caso, ésta muestra autovaloración por el trabajo realizado.

En el anterior extracto hemos detectado rasgos humorísticos. Ya hemos apuntado que el uso del humor es uno de los géneros lingüísticos más complejos. Sin lugar a dudas, el humor es un procedimiento de integración de distintos posicionamientos de forma que éstos no sean contradictorios en el discurso. Hemos podido analizar extractos ya que muestran capacidad de usar el humor por parte de los usuarios de larga estancia. Por ejemplo, el extracto E33 el usuario integra humorísticamente el posicionamiento como enfermo mental (“loco”) y el de persona con “competencia profesional”. Veamos el extracto del comienzo de la entrevista de la misma usuaria.

E83.G2.U16.1

1 **I:** *tú puedes contar lo que tú quieras (3.0) ¿por dónde empiezo? <irónicamente>>*
(3.0)

2 **U:** por lo más importante

3 **I:** *un poco más fuerte dolores*

4 **U:** tendría que escribir [un libro]

5 **I:** *[un libro] (2.0)*

6 **U:** y lo más importante sacarlo (.)

7 **I:** *¿el qué, lo más importante?*

8 **U:** Lo más importante en mi vida (1.0) posiblemente ha sido mi hija (2.0)

9 **I:** *uhm*

- 10 U: tiene 25 años y está estudiando y trabajando (4.0)
 11 I: ¿estarás orgullosa, no?
 12 U: claro <asiente>>
 13 I: ¡*jea!* pues felicidades (1.0)
 14 U: Sé que es seria, que trabaja y que no (-) le riñen, le riñen como a mí <risas>> Que
 15 es libre (.)
 16 I: *uhm*
 17 U: ¿o no?, no libertinaje,
 18 I: *uhm*
 19 U: libre para decir puedo salir, este trabajo me gusta esto no me gusta
 20 I: *Uhm*
 21 U: po lo voy a dejar y voy a coger otro, ¿eh? (2.0)

La usuaria comienza la entrevista con un recurso humorístico con rasgos de hipérbole, “tendría que escribir un libro”. La usuaria se posiciona no sólo como una persona con una vida larga y llena de sucesos, sino como una persona con una vida digna de ser trasladada a las imprentas. De este modo advierte al investigador de que su relato será largo, como de hecho lo fue, y que será muy interesante. Posteriormente señala que lo más importante “probablemente” sea su hija. El uso de adverbio “posiblemente” sugiere que existen otros aspectos de la vida de la usuaria que pueden competir con la hija. Es decir, la vida de la usuaria es compleja y la afirmación no es absoluta. A continuación realiza una realmente concisa y profunda descripción de las condiciones y estilo de vida de la hija. En la L14 compara humorísticamente las características de su vida en la Casa Hogar en contraposición con la de su hija. La usuaria hace énfasis especialmente en la libertad de su hija.

IV. Resumen

Después de todo lo dicho, podemos afirmar que la coherencia de una narrativa de vida se encuentra relacionada, desde luego, con la cohesión y la falta de errores sintácticos-semánticos, pero más allá, también está íntimamente asociada a cómo entiende el narrador el escenario interaccional en el que se encuentra y qué dominio de la tarea dispone, lo que está relacionado con la teoría de la mente. Además, hemos indicado que es esencial la organización temporal de la narrativa y el uso del humor como uno de los recursos más complejos de construir coherencia. Pero “la prueba del algodón” de la coherencia de una narración de vida es su aceptación en el contexto social donde vive la persona que la construye. La meta final de la acción de contar la

vida es la aceptación. Una narración de vida debe ser compatible con los valores, la estructura, los motivos de una comunidad para que pueda ser comprendida. Esto no quiere decir que una narración no pueda innovar o crear nuevos espacios y modelos narrativos en un contexto social determinado (Mcadams, 2008; Saavedra, 2009a; Saavedra, Cubero, Crawford, 2009). Tan sólo que el sujeto que narra su vida debe de dominar, conocer y utilizar los recursos semióticos privilegiados en un entorno social. En especial, los géneros discursivos privilegiados en el escenario sociocultural donde se desenvuelve. A continuación reproduzco algunas palabras de Mcadams que apoyan mi posición:

La vida es más desordenada y más compleja que las historias que contamos sobre ésta. Por ello, las historias de vida necesitan transmitir algún grado de complejidad para que sean vistas por uno mismo y por otros como creíbles y afirmadoras de la vida (Mcadams, 2008, pág. 118).

Esta complejidad a la que se refiere Mcadams puede ser traducida como la integración narrativa de distintos auto y hetero-posicionamientos en las narrativas de vida. Hemos ofrecidos como ejemplos de complejidad numerosos extractos, la gran mayoría del grupo de larga estancia. En estos extractos encontramos múltiples posicionamientos entrelazados por conectores adversativos y temporales. Entre éstos encontramos los extractos E9, E15, E22, E33, E39, E53, E54, E67. El aumento de las “preposiciones”, de los “conectores adversativos”, las categorías de “tentativa” y “discrepancia”, así como la categoría de “inclusión” en el grupo de larga estancia, son indicadores cuantitativos de la citada complejidad. En contraste, hemos podido analizar muchos extractos del grupo de corta estancia en los cuales se observa, en grado extremo, “pobreza de discurso” o “ensalada de palabras”.

5.3.5 Conclusión

He organizado las conclusiones de este extenso capítulo “discusión-análisis cualitativo” de las entrevistas a los usuarios alrededor de tres preguntas. La primera pregunta de acuerdo con las contribuciones de Mcadams (2008) podría formularse de la

siguiente forma: ¿Qué narraciones son más probables de ser aceptadas socialmente, de ser comunicadas y comprendidas?

Si unimos los diferentes resultados de esta primera investigación, podemos decir que las relaciones personales con el entorno social son más abundantes en las narraciones de los usuarios de larga estancia en las CH. Además, estas relaciones presentan un tono emocional más positivo. El unidimensional concepto de “conciencia de enfermedad” se hace más complejo cuando lo abordamos desde una perspectiva narrativa. Todos los usuarios, incluidos aquellos con narrativas más incoherentes, expresan malestar y distress a causa de sus experiencias de enfermedad. Sin embargo, resulta evidente que las experiencias de enfermedad descritas por el grupo de larga estancia son más plausibles, sin síntomas psicopatológicos que invadan al usuario durante la entrevista. Por ejemplo, usuarios pertenecientes al G2 pueden redefinir sus experiencias de enfermedad en términos socialmente aceptables de enfermedad a través de conceptos técnicos (“esquizofrenia”) o coloquiales (“sufro de los nervios”). Las historias de los usuarios del grupo de larga estancia son más complejas, con pocos enunciados que contengan errores sintácticos. La estructura de las narraciones de los usuarios del G2 hace posible que se conecten distintas dimensiones de la identidad de éstos. Construir una historia de vida coherente en la que diferentes dimensiones de la identidad se encuentren integradas, convertirse en autor de la propia historia de vida, requiere de por sí un nivel mínimo de agencia. Por ello, podemos decir que los usuarios de larga estancia poseen un mínimo de agencia para construir historias de vida coherentes.

Uno de los más importantes signos de recuperación es la habilidad para romper con la etiqueta de “paciente psiquiátrico” y comenzar a describirse uno mismo con categorías alternativas. Los pacientes con más tiempo de estancia se describen en sus narrativas como sujetos activos con, al menos, una mínima capacidad de actuación en ámbitos como el laboral o el académico. Romper con la etiqueta de “paciente psiquiátrico” no significa renunciar completamente a usar conceptos psiquiátricos en cualquier contexto. Es evidente que los conceptos médico-científicos son fundamentales en nuestra cultura y todas las personas, no sólo aquellas con trastornos mentales graves, deben saber usarlos en los momentos adecuados. Por ejemplo, hemos visto cómo algunos usuarios del G2 han introducido conceptos psiquiátricos a veces para dar cuenta de sus problemas. Una descripción comunicable de la experiencia de enfermedad

requiere el uso de conceptos y argumentos compartidos socialmente (profesionales o no) de forma que no incapacite a la persona como sujeto activo ni anule otras dimensiones de la identidad de ésta. Esta tarea es muy compleja y requiere de importantes recursos cognitivos. Vimos en apartados anteriores que Sells, Stayner y Davidson (2004) denominan “tácticas lingüísticas” a estas estrategias discursivas utilizadas por las personas con trastornos mentales graves por las cuales transforman conceptos de carácter pasivo o peyorativo en atributos activos y positivos. En los extractos que hemos ofrecido podemos observar ejemplos de estas tácticas. Algunas personas reinterpretan algunos conceptos preexistentes o utilizan otros sólo tangencialmente relacionados con la enfermedad pero que les permiten presentarse en sociedad de forma más asumible. Por ejemplo, en nuestras entrevistas una persona afirma que nació “Chungo” a causa de la edad de la madre. Otro participante asegura que todos sus problemas surgen de su adicción a los porros, ya que además él era muy “aventurero”. Mediante estas estrategias se imbrica la aparición de la enfermedad en la historia de vida del paciente coherentemente. Mezinna y cols. (2006) afirman, a partir de numerosas investigaciones, que las estrategias para negociar con el estigma que genera la enfermedad van desde el mostrarse como enfermo mental enfatizando algunos componentes específicos del contenido semántico de este concepto como el de “problemas para aprender”, “malo de los nervios”, “problemas para administrarse”, hasta la lucha por los propios derechos como enfermo y persona. La lucha y la reivindicación de los propios derechos no sólo es un medio de incrementar las oportunidades de acceso a recursos sociales sino una forma de ir más allá de la simple identidad como enfermo mental. En este sentido, hemos podido observar cómo algunos usuarios del grupo de larga estancia incluso son capaces de criticar instituciones sociales o sanitarias.

Utilizando las cuatro fases de la recuperación halladas por Spaniol, Wewiorski, Cheryl, Cagny y Anthony (2007) en sus investigaciones, podemos decir que una parte importante de las personas del G1 se encuentran en la primera fase. Completamente abrumadas por sus experiencias. Hemos visto que Lysaker y Lysaker (2002) denominan estas narraciones como “cacofónicas” debido a la falta de jerarquía entre los posicionamientos. Frank (1995) las titula como “caóticas” por la imposibilidad de los pacientes de ordenar sus experiencias de enfermedad. Aunque intentan buscar algún sentido no logran hacerlo de una forma coherente y comunicable. En este sentido, algunos eventos descritos por los usuarios de corta estancia parecen tener la capacidad

de bloquear el flujo del tiempo e impedir una proyección hacia el futuro de las historias de vida; de este modo, se impide el desarrollo de experiencias posteriores a estos eventos. Como hemos advertido en el Capítulo primero, Holma y Aaltone (1997, 1998a, 1988b) nos alertan de la existencia de “subjugating stories” que pueden destruir cualquier actividad narrativa. En otras palabras, algunas experiencias narradas fragmentariamente por usuarios del G1 presentan propiedades traumáticas. Por ejemplo, la muerte de familiares, maltrato, crímenes o eventos relacionados con el tratamiento médico. Las personas que han vivido más tiempo en las CH desarrollan una explicación de lo que está sucediendo, a menudo sostenida por términos médicos o técnicos, y afrontan la realidad de la naturaleza crónica de la enfermedad. Estas personas se encontrarían entre la segunda y tercera etapas de la recuperación. Los pacientes pueden temer enfrentarse a nuevas actividades por miedo a perder la precaria estabilidad conseguida, pero ya disponen de estrategias para enfrentarse a la enfermedad y a los hándicaps sociales relacionados con ella. También hallamos tres usuarios en el G2 que claramente han construido un yo fuerte y estable que puede asumir los roles de la enfermedad. Incluso pueden reflexionar sobre su incapacidad para asumir nuevas tareas. Podríamos decir que estos usuarios se encuentran claramente en la tercera etapa. Se observa en esta etapa confianza y autoeficacia sobre el control de su vida. Las personas en esta etapa han aprendido a tener una vida satisfactoria, a pesar de las dificultades, y utilizan estrategias y habilidades eficaces en la lucha contra la enfermedad. En la cuarta etapa, donde no podemos situar ningún usuario, según estos autores se ha construido una identidad en la que la enfermedad ocupa un espacio muy reducido sin que interfiera lo más mínimo en el disfrute de una vida productiva y satisfactoria.

Aunque existe el modelo narrativo en el cual el héroe prevalece ante la adversidad, por ejemplo en nuestro caso el modelo narrativo “de la curación milagrosa”, en las narrativas que han sido analizadas no han sido encontradas dramáticas experiencias de curación o recuperación. Por una parte, hemos encontrado historias marcadas por el abandono, la pérdida, o el dominio, en las cuales encontramos formulaciones muy débiles de proyectos o esperanzas para el futuro. Por otra parte, se encuentran historias de resistencia, de pequeños éxitos y momentos felices, de búsqueda de significado y de construcción de una identidad compatible con el mundo social por medio de los contactos sociales y las actividades diarias. Estas actividades pueden parecer insignificantes, pero son éstas las que fundamentan el proceso de recuperación

de los usuarios. Este lento proceso de recuperación con subidas y bajadas explica porque es tan difícil encontrar signos estables de recuperación en las narrativas de los usuarios antes de al menos un año, o más, de vida en las Casas Hogares. El hecho de que sea difícil de apreciar una evolución positiva en el proceso de recuperación también explica la tradicional visión negativa del curso de la psicosis y en particular de la esquizofrenia.

A partir de estos resultados es posible decir, respondiendo a la pregunta inicial, que las narrativas de vida de los pacientes de larga estancia tienen mucha menos probabilidad de despertar rechazo social. Dicho de otra manera, la identidad social que reflejan las narrativas de los pacientes de larga estancia es más probable que valide a los pacientes como miembros de la comunidad. Ya afirmé, de acuerdo con Sells, Stayner y Davidson (2004), que es necesario crear “Larger Life Frames” como cúspide de la pirámide de la recuperación. Es decir, es necesaria la re-elaboración de la historia personal de los pacientes y dotarla de sensación de temporalidad, la construcción de campos de intersubjetividad y la elaboración de una posición activa dentro del mundo. Por lo tanto, podemos decir, de acuerdo con algunos de los autores que hemos citado y en contra de la perspectiva clásica, que las personas que padecen de TMG como la esquizofrenia no pierden por completo la capacidad para construir una identidad social comunicable y compartida en la comunidad. O, lo que es lo mismo, conservan la capacidad para negociar significados sociales con sus interlocutores, la cual les permiten presentarse como agentes validados social y culturalmente en la comunidad social donde participan.

Me apropio de la voz de un posible crítico de la investigación y me pregunto: ¿No podrían explicarse las diferencias entre uno y otro grupo exclusivamente por medio de la mejor situación psicopatológica del grupo de larga estancia?

Podría lógicamente aducirse que los usuarios del grupo de larga estancia se encuentran en un estado psicopatológico más estable y que, por lo tanto, el discurso de éstos está más libre de enunciados delusivos e incoherentes. Por medio de distintos criterios de selección y requisitos de igualdad se ha intentado controlar lo máximo posible ese riesgo. Es posible comprobar en el apartado del método que requisitos como no haber sufrido un ingreso hospitalario en los últimos seis meses, entre otros, intentan evitar la influencia del estado psicopatológico en las narraciones. Sin embargo, estas

medidas metodológicas no eliminan la anterior objeción. En mi opinión, son las propias narrativas las que se pueden usar como argumento más riguroso para responder a la anterior crítica. En las narrativas de los usuarios de larga estancia, aunque no encontramos casi ningún enunciado delusivo, a nivel no verbal se hallan gestos y rasgos prosódicos que señalan que se están sufriendo síntomas psicopatológicos. Por ejemplo, los giros de cabeza, como si hubiera un tercer interlocutor, las pausas prolongadas y las ausencias o la musitación de palabras y frases inaudibles son signos de posibles síntomas. Sin embargo, estas experiencias no se transmiten a los discursos de los usuarios del grupo de larga estancia. Ofrezco un significativo extracto de un usuario de larga estancia en el cual encontramos una microestructura con falta de cohesión y en el que es posible observar las habilidades discursivas de los usuarios del G2.

E84.U7.G2.1

1 U: Esto es como la reencarnación, como en la próxima vida, desde entonces
 2 pues estoy fumando, y he trabajado en muchas empresas, en diversas, en las
 3 empresas de una en una (2.0) en diferentes empresas, pero salía porque no
 4 aguantaba, pero vamos ya me fui al atletismo y eso fue (1.0) luego ya me
 5 metieron en la Comunidad terapéutica mis padres (.)

6 I: *¿Dónde?*

7 U: En la Comunidad Terapéutica, allí en J.R entonces fue
 8 que me hizo un contrato (3.0) el jefe de A.D, me hizo el contrato,
 9 y allí estuve, y ya luego pues me trasladaron aquí a (3.0) y desde entonces
 10 estoy siempre con el mismo tema, me::: siempre::: siempre estoy con el
 11 mismo tema, siempre::: el tema ese que creo (2.0) yo tengo:: <bajando
 12 progresivamente la voz hasta llegar al susurro>>

Analicemos a fondo este extracto. Encontramos en estos dos primeros párrafos del usuario en su narración un intento de resumen de su vida. Comienza a hacer referencias a “la reencarnación” y a la “próxima vida” (L1). Aunque estas referencias puedan sonar a contenido delusivo no podemos, ajustándonos al texto, más que considerarlas como un intento del usuario de acercar al entrevistador, mediante una comparación, su perspectiva vital. Aunque evidentemente es detectable una falta importante de cohesión. En la segunda intervención prosigue con su resumen vital. Al final de la intervención afirma que “estoy siempre con el mismo tema”, durante unos segundos parece que va a explicitar a qué tema se refiere, duda qué verbo emplear “creo”, “tengo”, vacila y comienza a bajar la voz hasta convertirla en un susurro inaudible y guardar silencio (L10 y 11). Posteriormente, en otros enunciados que no se

presentan, se refiere a una “idea” que surgió en la mili, pero también sin explicar en qué consiste. No es descabellado pensar que el “tema” con el que tanto tiempo “está” el sujeto, la “idea” sin explicitar, consista en una creencia delusiva. Sin embargo, el sujeto renuncia a describir en qué consiste ese tema recurrente. Y digo “padece” porque las referencias a ese “tema” que siempre “tiene” el usuario traslucen un evidente tono de queja. El descenso del tono de voz hasta el silencio puede considerarse como un esfuerzo de autocontrol, de interiorización del habla, puesto que ésta una vez exteriorizada en el plano social podría tomar el control. Esto último, pérdida de control del discurso, era lo que describíamos que sucedía para la mayoría de los usuarios de corta estancia cuando hablaban de sus problemas de salud mental. Por lo tanto, probablemente, los sujetos del grupo de larga estancia padezcan los mismos síntomas que los usuarios del G1. No hay razón para pensar lo contrario. Sin embargo, sugiero una habilidad de la cual pueden disponer las personas que han residido más tiempo en las CH y que podrían explicar la reducción de los contenidos delusivos y alucinatorios en este grupo. Primero, es posible que los usuarios del G2 sean capaces de identificar contextos y tareas en las cuales ni sea necesario ni conveniente explicitar hasta el detalle sus síntomas clínicos. Ante el psiquiatra o psicólogo en un ámbito clínico, o en la unidad de agudos del Hospital General, lo normativo es que el paciente no tenga secretos para los técnicos, que describa con detalles todos los posibles síntomas. De hecho, la expresión de estas experiencias es motivada en el ámbito clínico. Cuando la mayor parte de la experiencia de sujeto se reduce al ámbito clínico empieza a ser complicado que el sujeto pueda identificar otros ámbitos con otras reglas diferentes. La experiencia en la CH facilita la experiencia en otros contextos y tareas alejadas del mundo clínico. De hecho se hace énfasis en el carácter no sanitario de este recurso. No sería extraño pensar que el usuario identifique la tarea de contar su vida como una actividad narrativa cotidiana en la CH ante cualquier monitor. Es importante saber que el investigador no escondió su identidad de antiguo monitor y así se lo anunció a los entrevistados. Sin embargo, los usuarios del G1, sin experiencia en la CH, identifican al investigador como un técnico más cercano al clínico que al monitor, por lo que se comportan con él como si estuvieran en consulta realizando un examen clínico. Es posible que mediante el andamiaje de los profesionales en las Casas Hogares, los usuarios hayan adquirido instrumentos semióticos para referirse a sus experiencias delusivas sin tener que explicitarlas. De hecho, el término “tema” que utiliza el usuario

en el último extracto es muy habitual cuando se rechazan ciertos enunciados: “A mí de ese tema no me hables”, “Si vas a empezar con ese tema me voy”, “A mí no me hables de eso, eso a tu psiquiatra”, etcétera. Resumiendo, el usuario en la CH ha identificado un tipo de discurso en el que las expresiones delusivas y alucinatorias están rechazadas, y en el cual las referencias a estas experiencias deben hacerse lo más distanciadamente posible. Todo ello podría explicar que casi desaparezcan los contenidos delusivos en el segundo grupo. Estas últimas sugerencias deben de ser comprobadas mediante observaciones de la interacción monitor-usuario.

En un plano teórico, algunos autores (Pickup, 2008) afirman que la capacidad de conservar “la teoría de la mente”, esencial para la elaboración de narraciones, no está directamente conectada con el estado psicopatológico, y que es posible ayudar a desarrollarla y conservarla para mejorar el funcionamiento social con independencia, hasta cierto punto, del grado de síntomas positivos y de los déficits cognitivos que se padezcan. De modo parecido, Baddelay, Thornton, Chua y Mckenna (1996) consideran que no parece muy razonable reducir el fenómeno de las delusiones a una exclusiva interpretación neuropsicológica y que los contenidos delusivos no reflejan una simple ruptura de la memoria autobiográfica debido a déficits cognitivos.

Así, la simple presencia de síntomas psicopatológicos no implica necesariamente una narrativa de vida menos compleja y menos compartible. ¿Significa esto que la adquisición de nuevos recursos para controlar y comunicar las experiencias de enfermedad no tiene ningún efecto sobre la sintomatología y su forma de presentación? En mi opinión afirmar lo anterior sería un gran error producto de una concepción lineal y estática de los procesos psicológicos. Gracias a la psicología socio-cultural sabemos que los recursos semióticos, como los géneros discursivos, adquiridos gracias a nuestra participación en escenarios de actividad, conforman nuestros modos de pensamientos y nuestros procesos cognitivos. Nuevas formas de afrontar la experiencia, por ejemplo de alucinaciones auditivas, afectarán a la naturaleza y a la forma de presentarse de éstas.

Una ventaja metodológica de la psicología sociocultural es que privilegia la investigación de los procesos cognitivos desde una perspectiva genética, es decir, no estudia la cognición como un producto sino como un proceso. Lo que estamos presenciando en el E55 no es sólo cómo un usuario da cuenta de algunos problemas de salud limitándolos a un espacio privado, sino que estamos barruntando una nueva forma de controlar algunos contenidos delusivos y, por lo tanto, una transformación de la

morfología y de la experiencia de éstos. Ya que la experiencia de alucinaciones auditivas y delusiones, como fenómenos cognitivos, aparte de su realidad neurobiológica, no pueden desconectarse de los nuevos recursos semióticos adquiridos.

Por todo lo anterior, el uso de las narrativas de vida en terapia es un instrumento esencial desde hace décadas. El hecho de que contar algo a alguien sea una acción reflexiva, y que ese mismo hecho modifique lo que se dice, abre inmensos campos para la rehabilitación y el cambio terapéutico. No es el momento de adentrarse dentro de la psicoterapia narrativa, tan sólo diré que cada vez que se cuenta una historia es una nueva oportunidad para modificarla y mejorarla. Incluso algunos autores, como Sarbin (1995), aseguran que el recuerdo se forma en la acción de narrar, y que esta narración implica la imaginación. La acción de contar una historia, volver a contarla, recuperarla, o lo que es lo mismo, el recuerdo de los eventos pasados, son actividades en un nivel de narración que incluye el carácter co-construido de la identidad. Para Gonçalves (2002), uno de los más conocidos psicoterapeutas narrativos, la psicoterapia cognitiva narrativa conforma una comunidad conversacional entre el terapeuta y el paciente en la cual construir una realidad múltiple de experiencias sensoriales, emocionales, cognitivas y de significado. Se busca que el paciente sea capaz de construir un discurso narrativo flexible y con múltiples matices, con la coherencia suficiente para integrarse en una sociedad que es fundamentalmente multivocal, multicultural y multiterapéutica. Desde esta perspectiva el trastorno se entiende como el resultado de la incapacidad para dar cuenta de la complejidad de la experiencia de una forma coherente.

Por último, en la tercera pregunta doy un salto hacia el contexto social donde viven los usuarios: ¿Qué papel juega el entorno de las Casas Hogares en las diferencias observadas entre el grupo de corta estancia y larga estancia?

Sería arriesgado responder que las CH determinan completamente las narrativas de vida de los usuarios. No obstante, los resultados señalan las narrativas de vida como elementos esenciales en el estudio de la transformación de la identidad social de los pacientes y nos animan a profundizar en los factores socio-culturales que facilitan o imposibilitan la construcción de una identidad social compartida.

Nuestra investigación sugiere que las CH proveen de un importante apoyo emocional. El nuevo entorno social que los usuarios encuentran en las CH es más diversificado y flexible que su predecesor. Mientras los usuarios se relacionan con

compañeros y con los profesionales que allí trabajan también mantienen sus relaciones previas. Hemos visto cómo los usuarios de larga estancia no disminuyen sus referencias a sus relaciones familiares. El entorno de las CH ayuda a los usuarios a extender su red de relaciones. Tanto Holma y Aaltone (1998a, 1998b) como Roe y Davidson (2005) señalan que la creación de un nuevo escenario social es uno de los recursos para mejorar las narrativas de los usuarios. Gracias a la creación de estos nuevos escenarios sociales se incorporan nuevas relaciones personales a las narrativas de los usuarios. Parece lógico asumir que estas nuevas interacciones pueden transformar las historias que nos cuentan los usuarios. Las historias que cuentan los profesionales en las CH son compartidas por los usuarios, así estas historias pueden apoyar la creación de nuevas historias por los usuarios. Dicho de otro modo, los eventos que experimentan los usuarios durante sus estancias en las CH son compartidos por los profesionales que allí trabajan, por lo tanto, estos eventos comunes son narrados por los profesionales y escuchar estas narraciones puede activar nuevas capacidades narrativas de los usuarios. Ya hemos visto en el Capítulo de introducción al método que diferentes investigaciones nos ayudan a comprender cómo los escenarios socio-culturales de actividad y los estilos conversacionales predominantes en éstos influyen en las narrativas, e incluso en la memoria autobiográfica, de las personas que participan en los citados contextos (Bruner, 1986, 1991; Reese y Fivush, 1993; Fivush, 1997; Leichman, Wang y Pillemer, 2003; Nelson, 1996). Además, Dimaggio, Salvatore, y cols., (2003), nos sugieren algunas ideas de cómo reelaborar las narraciones de vida de los usuarios:

-Fomentar el contacto con la experiencia emocional y la conciencia y la representación articulada de los estados corporales.

-Proveer al usuario de nuevos textos e información, mediante la relación “usuario-profesional”, dotando al usuario de herramientas cognitivas y emocionales para el rescate de relaciones interpersonales.

Desde una perspectiva sociocultural hemos descrito como Wertsch (1993) usa el concepto de enunciado privilegiado para referirse al hecho de que determinados recursos semióticos, como los géneros discursivos, son considerados más apropiados que otros en escenarios socioculturales específicos. Así, algunos escenarios socioculturales promueven ciertos tipos de discursos y no otros. Por ejemplo, enunciados referidos a relaciones familiares específicas son reforzados en las CH, mientras que reflexiones, evaluaciones o comentarios de carácter abstracto, filosófico o

que no tienen un claro referente material pueden ser etiquetados como delusivos y ser rechazados. Aunque las reflexiones religiosas, espirituales o filosóficas son un importante recurso de creación de significado para las personas con trastornos mentales graves en proceso de recuperación (Sells, Stayner and Davidson, 2004), estos géneros discursivos no son promovidos en las CH para evitar posibles sesgos psicopatológicos. No obstante en una dimensión no institucional, usuarios e incluso profesionales mantienen conversaciones sobre esos temas.

Al igual que en el modelo conversacional “elaborado” que describían Leichman, Wang y Pillemer (2003) para los padres de los países occidentales y que repercutía en la complejización e individualización de los recuerdos de los niños, hemos visto que las descripciones de los usuarios del grupo de larga estancia son más ricas, extensas y que los usuarios dominan en mayor medida la tarea de la narración. Sin embargo, al mismo tiempo, es posible describir las narraciones de los usuarios de larga estancia como focalizadas no en la construcción de un yo independiente y autónomo, al estilo de la sociedad occidental, sino empeñadas en el objetivo del equilibrio grupal, en la tarea de la descripción de otros significativos y eventos colectivos. La baja frecuencia de enunciados referidos a “auto-descripciones psicológicas” en los usuarios del G2 es una muestra de ello. Es como si las narrativas hayan sido traídas lo máximo posible al aquí, al ahora y hacia fuera, es decir, para que el mundo social más cercano sea reconocible y compatible con las narrativas de vida de los usuarios.

Me he reservado a este momento la discusión de uno de los resultados más controvertidos de los resultados cuantitativos. Me refiero al descenso significativo de la categoría “Insight” en el grupo de larga estancia. Recuerdo que esta categoría, según el software LIWC descrito en el Capítulo del método, se refiere a palabras de carácter abstracto relacionadas con procesos metacognitivos o reflexivos. Gran parte del uso de los verbos o sustantivos de carácter metacognitivo (pensar, reflexionar, darse cuenta, percatarse) están dirigidas hacia sí mismos. Es decir, convierten al propio sujeto en objeto de análisis. Podría aducirse que este resultado verifica los problemas metacognitivos relacionados con la comprensión de los propios procesos mentales que según algunas investigaciones comentadas en el Capítulo uno sufren las personas que padecen esquizofrenia. Problemas que, según las mismas investigaciones, no existen para “leer” y “comprender” los procesos mentales de los otros (Lysaker, Carcione, Dimaggio y cols., 2005). Sin embargo, en mi opinión, la interpretación más

parsimoniosa y ajustada a nuestro contexto de investigación de este descenso apunta en la misma dirección que el descenso de las “auto-descripciones psicológicas” que comentábamos anteriormente. Es decir, el foco puesto hacia el mundo social, exterior, de las narrativas de los usuarios del grupo de larga estancia hace disminuir el uso de palabras relacionadas con procesos metacognitivos. A pesar de ello, los usuarios del G2 pueden utilizar otros recursos lingüísticos a través de los cuales podemos comprobar que no han perdido la capacidad de la “teoría de la mente”. En esta línea, las narrativas de los usuarios se acercan al patrón de las culturas orientales que nos describen Leichman, Wang y Pillemer (2003) y que hemos comentado en la introducción al método en el apartado 4.1.

Sin lugar a dudas, para estudiar la influencia del contexto en las narrativas de los usuarios y para verificar las afirmaciones vertidas en este apartado es necesario analizar de algún modo las interacciones y los modelos conversacionales predominantes entre monitores y usuarios. Y es que más allá de las intervenciones clínicas sistemáticas, necesitamos entender cómo la exposición a nuevos escenarios socio-culturales tales como las Casas Hogar pueden transformar la identidad social de las personas que participan en estos escenarios. Con ese objetivo nos adentramos en el segundo estudio empírico de la presente tesis doctoral.



CAPÍTULO 6

ESTUDIO EMPÍRICO B. ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES SOCIALES ENTRE MONITORES Y USUARIOS

En este segundo estudio empírico de la presente tesis nos adentramos en el escenario de actividad de la Casa Hogar. Ya describimos las Casas Hogares en la introducción al método y afirmamos que éste escenario podría influir en la forma en la que los usuarios relatan sus vidas. En la discusión del estudio empírico A se sugirió que las interacciones y estilos conversacionales entre los monitores y los usuarios podrían ser un factor explicativo de los cambios en las narrativas de los usuarios que se han detectado entre el G1 y el G2. El objetivo de este estudio empírico es explorar las relaciones entre usuarios y monitores como una dimensión esencial del escenario de actividad y como posible factor explicativo de las narrativas de los usuarios del grupo de máxima estancia. En la conclusión se imbricarán los resultados entre uno y otro estudio empírico intentando encontrar rasgos comunes entre las características de las interacciones entre monitores y usuarios y las narraciones vitales de estos últimos.

6.1 MÉTODO

La metodología que utilizo en el presente estudio empírico esta fundamentada en una aproximación inductiva y cualitativa dentro de un marco fenomenológico (Davidson, 2001; Lucius-Hoene, 2001). Incluyo en el estudio una pequeña cuantificación de las frecuencias de los formatos interactivos o tipos de interacciones de los cuales informan los monitores. El instrumento para la obtención de los datos es una entrevista semiestructurada que describiremos en el apartado 6.1.2.

Defino dos conceptos que serán usados en el estudio empírico:

a) **Episodio interactivo:** Cada una de las descripciones concretas de interacciones monitor-usuarios que nos describen los monitores entrevistados.

b) **Formato o tipo interactivo (FI):** Agrupación de episodios interactivos que por su temática, contenido y contexto espacio temporal de ocurrencia pueden categorizarse dentro de una misma clase.

6.1.1. Participantes en la Investigación

Los profesionales participantes en el estudio fueron 10. Todos ellos con más de tres años de experiencia profesional y con contrato indefinido. El requisito de contrato indefinido elimina los posibles sesgos causados por el temor de los profesionales debido a la precariedad de la situación laboral. La media de experiencia laboral en las CH fue de 7,4 años. En concreto fueron tres hombres y siete mujeres. Esta preponderancia del sexo femenino en la muestra se corresponde a la proporción de mujeres respecto a hombres en la población que trabaja en las CH. En la muestra podemos encontrar a la presidenta del Comité de Empresa en el momento de la entrevista y a otro miembro del mismo comité. Otro participante había sido miembro del Comité de Empresa como delegado de salud y de hecho en estos momentos es el nuevo presidente del Comité tras las últimas elecciones celebradas en Febrero del 2009. Otro de los participantes que no tenía ni había tenido ninguna responsabilidad sindical se ha estrenado como delegado sindical en el nuevo comité en Febrero del 2009, por lo tanto, en el momento de la entrevista colaboraba activamente en actividades sindicales. El resto de los seis participantes ni han ejercido ni ejercen en estos momentos ninguna responsabilidad en ningún órgano de la Fundación. Por lo tanto, podemos decir que estos profesionales son expertos no sólo por su antigüedad, sino porque algunos de ellos, debido a sus responsabilidades, han reflexionado y tomado decisiones sobre sus tareas laborales.

Cuatro de los participantes disfrutaban de formación universitaria, en concreto teníamos a dos psicólogos y a dos educadoras sociales en formación. Otros dos participantes disfrutaban de formación profesional oficial y reglada o de estudios secundarios (Bachillerato Superior). Los cuatros participantes restantes presentaban estudios primarios y diversos cursos de formación profesional no reglados.

Un aspecto esencial es la distribución de los participantes según el turno de trabajo ya que éste puede determinar en gran parte el tipo de las interacciones entre

monitores y usuarios. En este sentido, hemos seleccionado cinco participantes pertenecientes al turno de tarde y cinco participantes del turno de mañana. Todos los monitores realizan algunos turnos de noche periódicamente para complementar sus turnos estables de tarde o de mañana. También es importante señalar que los participantes pertenecen a tres CH diferentes de la provincia de Sevilla. En la siguiente tabla número 6.1 se resumen los datos expuestos.

Tabla 6.1. Descripción de los participantes en el estudio empírico B

	Sexo	Turno	Años de experiencia	Formación académica	Observaciones
Participante 1 (P1)	H	Tarde (T)	6 años	Nivel educativo medio	
P2	M	Mañana (M)	4 años	Estudios universitarios	
P3	H	T	8 años	Estudios primarios	Con experiencia sindical en el momento de la entrevista
P4	M	M	8 años	Estudios universitarios	Presidenta del Comité de empresa en el momento de la entrevista
P5	M	M	9	Estudios primarios	
P6	H	T	8	Estudios universitarios	Delegado sindical en Febrero 2009-06-20 (meses después de la entrevista)
P7	M	T	8	Nivel educativo medio	
P8	M	T	4	Estudios primarios	
P9	M	M	8	Estudios primarios	
P10	M	M	11	Estudios universitarios	En el momento de la entrevista miembro del comité de empresa.

6.1.2 Descripción de la entrevista y procedimiento

El objetivo de la entrevista es explorar y analizar en profundidad los tipos de interacciones entre los monitores y usuarios. Especialmente nos interesaron los significados y las experiencias subjetivas de los monitores, por ello es imprescindible preguntar directamente a los monitores sobre estas interacciones.

El proceso de selección se inició tras informar a la dirección de la empresa y al comité de empresa del deseo de entrevistar a profesionales con el objetivo de estudiar las interacciones entre monitores y usuarios. Se pidieron monitores voluntarios para la investigación en primer lugar entre los miembros del comité de empresa, ya que se entendió que éstos, tanto por la antigüedad como por sus responsabilidades, podían ser considerados como los más expertos. Ninguno de los miembros del comité de empresa estaba liberado, es decir trabajaban con normalidad como cualquier monitor. Se presentaron tres voluntarios del comité de empresa. Los siete restantes monitores expertos se buscaron en las CH donde se entrevistaron usuarios teniendo en cuenta la antigüedad, el tipo de contrato y turno de trabajo.

Una primera elaboración de los datos consistió en la obtención de los formatos interactivos donde es posible encuadrar los distintos episodios interactivos. Estos formatos se hallaron a posteriori tras un análisis saturado según las premisas de la teoría fundamentada (Clarke, 2005). Posteriormente se ordenaron los formatos interactivos de acuerdo con la frecuencia en los que acontecían éstos en las CH según los monitores.

La segunda aproximación a los datos supuso un análisis exhaustivo de cada uno de los formatos interactivos mediante un análisis de los posicionamientos sociales al igual que se hizo con las entrevista de los usuarios.

A continuación se describe el procedimiento de aplicación de la entrevista a los 10 participantes en el presente estudio empírico. En primer lugar se informó sobre el contenido y las partes de la investigación al monitor participante. Se hizo énfasis en que la entrevista tiene un objetivo estrictamente científico, no pretendía evaluar la calidad del trabajo del profesional y que se respetaría el anonimato de éstos. Se enfatizó que el criterio principal de selección de los profesionales había sido la experiencia laboral y la excelencia de su trabajo contrastada con los directores de cada centro de trabajo.

Antes de comenzar la entrevista se le pidió al profesional que reflexionase durante unos minutos sobre las interacciones que mantiene en su trabajo con los usuarios. Como interacciones explicamos que entendemos los encuentros con uno o más

usuarios de diversa duración en los que existe un intercambio verbal (alguna clase de conversación). Se le rogó al profesional que visualizase esos encuentros con el mayor lujo de detalles posible y se le pidió que describiese tres interacciones monitor/a-usuario (contenido, contexto de la interacción, turno de palabras, sensaciones y sentimientos, etcétera). Una de estas interacciones debía de ser, según el profesional, muy frecuente (casi todos los días) durante el tiempo de trabajo. Las otras dos corresponderían a interacciones descritas respectivamente como habituales (varias veces al mes) y raras (algunas veces al año). Tras cada descripción de la interacción el investigador podía preguntar sobre algunos aspectos que considerase interesantes o incompletos de la descripción del profesional.

De este modo se obtuvieron 30 descripciones extensas y detalladas de interacciones monitores-usuarios para los 10 monitores expertos entrevistados. Tras un primer análisis de los contenidos de los episodios interactivos se agrupan éstos en categorías homogéneas, en lo que hemos llamado formatos interactivos, de acuerdo al contexto espacio-temporal de los episodios, la temática de los episodios, las metas de los protagonistas, etc. Los formatos interactivos resultados de la agrupación de las descripciones de los monitores (episodios interactivos) se representaron gráficamente de acuerdo con la frecuencia en que acontecían según los monitores en las entrevistas (figura 6.1).

Por último, se estudió cualitativamente cada una de las descripciones de las interacciones siguiendo la metodología del análisis de los posicionamientos sociales tal como hicimos en el análisis de las entrevistas a los usuarios. Al igual que en el anterior estudio empírico algunos extractos fueron analizados y discutidos en seminarios dirigidos por el doctorando. Siguiendo con la metodología ortodoxa de análisis narrativo según Lucius-Hoene (2002) considero las contribuciones y las conclusiones de estos seminarios como parte de mi análisis. En concreto, análisis grupales de algunos extractos de las entrevistas con monitores se llevaron a cabo con miembros del Instituto de Salud Mental en Nottingham en el Duncan McMillian Hospital y en una sesión del II Congreso de psicología Comunitaria en Lisboa.

A continuación, en el apartado de resultados mostraremos y definiremos cada uno de los formatos interactivos hallados. Por último, en el apartado discusión se analizarán y se discutirán en profundidad mediante el análisis de posicionamientos.

6.2. RESULTADOS

Describimos a continuación cada uno de los formatos interactivos hallados a partir de las entrevistas a monitores ordenados según su frecuencia de aparición en el contexto de las Casas Hogares. Incluimos en la figura 6.1 la representación gráfica de las frecuencias de estos formatos.

Formato interactivo 1. Episodios relacionados con *rutinas* relacionadas con la *actividad diaria*. Generalmente con la tarea de despertar a los usuarios a primera hora de la mañana, con el aseo diario y con los rituales de saludo o despedida. También actividades grupales periódicas asignadas a los usuarios como poner la mesa para el almuerzo o la limpieza de los dormitorios.

Los episodios predominantes en las descripciones de los monitores son los relacionados con la vida cotidiana en las Casas Hogares (ver figura núm. 6.1). Como veremos el siguiente formato interactivo también está íntimamente relacionado con interacciones cotidianas en las CH, aunque en esta ocasión con un matiz mucho más negativo. Cuatro de diez monitores han dado cuenta de este tipo de episodios. En concreto, cuatro monitores han considerado estos episodios como muy frecuentes. Además, uno de éstos también ha descrito otro episodio del mismo tipo como habitual. Decíamos en el capítulo tercero que las rutinas de la vida diaria son un contexto propicio en el cual el proceso de recuperación se puede apoyar. Veremos en este apartado ejemplos que refuerzan dicha afirmación. Los profesionales nos han descrito distintas situaciones. Por ejemplo, una monitora ha relatado específicamente las interacciones relacionadas con la supervisión del aseo diario, en concreto la ducha. Otra profesional se ha centrado en la tarea de despertar a los usuarios por la mañana, y ha hecho también referencia a las duchas. Otro monitor ha comentado los saludos y los primeros intercambios verbales con los usuarios cuando comienza a trabajar en el cambio de turno. Una monitora ha reseñado las tareas de la merienda en el turno de tarde.

Formato interactivo 2. Episodios relacionados con las “*demandas*” de los usuarios de objetos que tienen el carácter de reforzadores materiales, los cuales son distribuidos por los monitores. Generalmente dinero, tabaco o el bonobús.

Este formato interactivo se define a partir de las exigencias de distintos objetos o productos por parte de los usuarios. Estos objetos pueden presentar características de reforzadores. Por ejemplo, dinero, un bonobús, medicación, o incluso el postre a la hora de la comida, etc. La mayoría de las interacciones acontecen en el despacho de los monitores, donde acuden los usuarios a pedir diferentes objetos. La valoración de estas interacciones es muy negativa. Todos los monitores expresan su incomodidad, y algunos su hartazgo, ante este tipo de interacciones. En concreto se han encontrado cuatro episodios interactivos descritos como muy frecuentes y otro como habitual.

Formato interactivo 3: Episodios relacionados con *problemas de salud mental* de los usuarios. La mayoría de estas interacciones tienen la meta de regular los *estados de ansiedad, alucinaciones o delusiones de los usuarios*.

Las interacciones entre monitores y usuarios relacionados con aspectos de salud se producen mayoritariamente por un aumento de la ansiedad o de los “nervios”, problemas de sueño y por la presencia de delirios en los usuarios. Este es el primer formato interactivo relacionado directamente con cuestiones de salud de los usuarios. En esta ocasión, con problemas de carácter psicopatológico. Dos monitores nos relatan episodios de este formato como muy frecuentes y otros dos episodios como habituales.

Formato interactivo 4. Episodios relacionados con interacciones en *situaciones de ocio*. Salidas y excursiones y conversaciones después de la merienda.

Este formato interactivo está relacionado con episodios alejados de las rutinas diarias, los cuales en muchos casos se desarrollan fuera de las Casas Hogares. Nos estamos refiriendo a conversaciones tras las comidas o la merienda con uno o varios usuarios en el salón de la casa o a excursiones, visitas y vacaciones. Cuatro monitores han relatado algunos de estos episodios. Dos de estos episodios han sido calificados como habituales y otros dos como esporádicos o raros.

Formatos interactivos 5. Episodios relacionados con *conductas disruptivas* de los usuarios.

Como conductas disruptivas se entienden conductas inapropiadas por parte de los usuarios, que no están claramente relacionadas con la enfermedad o con algunos de sus síntomas, por lo menos en un principio, y que afectan a la convivencia dentro de la

“Casa Hogar”. Normalmente, nos estaremos refiriendo a incumplimiento de normas, abandonos de la Casa Hogar, insultos, agresiones, etc. Cinco monitores han enunciado episodios interactivos dentro de este formato. En todas las ocasiones han sido categorizados como episodios muy raros en las Casas Hogares. Se describieron un episodio relacionado con agresiones verbales, otro de agresividad contra objetos en una salida de ocio y tiempo libre, un abandono no programado de la Casa Hogar y amenaza de huelga de hambre seguida de un ingreso voluntario y, por último, se habló de las agresiones físicas.

Formato interactivo 6: Episodios relacionados con acompañamiento a recursos sanitarios y patologías orgánicas de los usuarios.

Un episodio interactivo que se ha desvelado de especial importancia ha sido los acompañamientos a los recursos sanitarios. Solamente fueron dos los monitores que han hecho referencia a este tipo de interacciones como habituales. Sin embargo, el contenido de las descripciones ha revelado interacciones muy significativas. Respecto a los acompañamientos podemos decir que generalmente es un monitor el que acompaña a un usuario al ambulatorio, al hospital o al equipo de salud mental. El motivo de la cita puede ser muy variado. Un monitor nos ha especificado acompañamientos relacionados con patologías graves que amenazan la vida del usuario, es decir acompañamientos en los cuales se acude al hospital para conocer diagnósticos, recoger pruebas o someterse a tratamientos. Normalmente acompaña al usuario el monitor con el cual mantiene una mejor relación siempre que sea posible.

Formato interactivo 7: Episodios relacionados con compulsiones o conductas extrañas de los usuarios.

Existen una serie de conductas relacionadas con las patologías que sufren los residentes en las CH que podemos diferenciar de los estados de ansiedad, de las alucinaciones, o de las delusiones, aunque a veces puedan derivarse de éstas. Me refiero a conductas extrañas muy consistentes, en ocasiones disruptivas, que pueden ser muy habituales, aunque casi nunca lleguen a ser tan graves que merezcan un ingreso. En concreto estoy hablando por ejemplo de compulsiones o manías. En nuestras entrevistas hemos encontrado a tres monitores que nos han relatado el mismo episodio. El de una

usuaria que sufre de potomanía. Es decir, el impulso incontrolable de beber agua constantemente.

Formatos interactivo 8. Episodios relacionados con la mediación usuario-familia o peticiones explícitas de apoyo emocional.

En este formato interactivo el monitor interacciona con el usuario o, a veces, con la familia de éste para regular la relación entre ellos. También incluimos las peticiones de apoyo o consejo emocional explícito de los usuarios sobre aspectos de carácter personal o íntimo. Dos monitoras y un monitor nos han descrito episodios dentro de este formato. Uno de ellos catalogado como muy frecuente y otro como muy raro. Éste es, por tanto, el formato interactivo que los monitores describen como menos frecuente. Las peticiones explícitas de apoyo emocional requieren de dos condiciones específicas que es necesario considerar. Primero, es necesario que los usuarios disfruten de alguna capacidad de introspección, de autoanálisis de su estado emocional. Si lo queremos podemos decir que los usuarios deben disfrutar de capacidad de insight. Pero además, los usuarios deben tener capacidad de agencia, estrategias de afrontamiento específicas y habilidades comunicativas para tomar la decisión de dirigirse a un monitor determinado en búsqueda de ayuda.

A continuación se muestra un gráfico en el cual se representan cada uno de los formatos interactivos según su frecuencia (eje de abscisas) y número de episodios interactivos, es decir descripciones de los monitores (eje de coordenadas).

Como se puede comprobar, cada categoría de frecuencia en el eje de abscisas suma 10 episodios. En total tenemos 30 episodios o descripciones de los usuarios agrupados en 8 formatos interactivos.

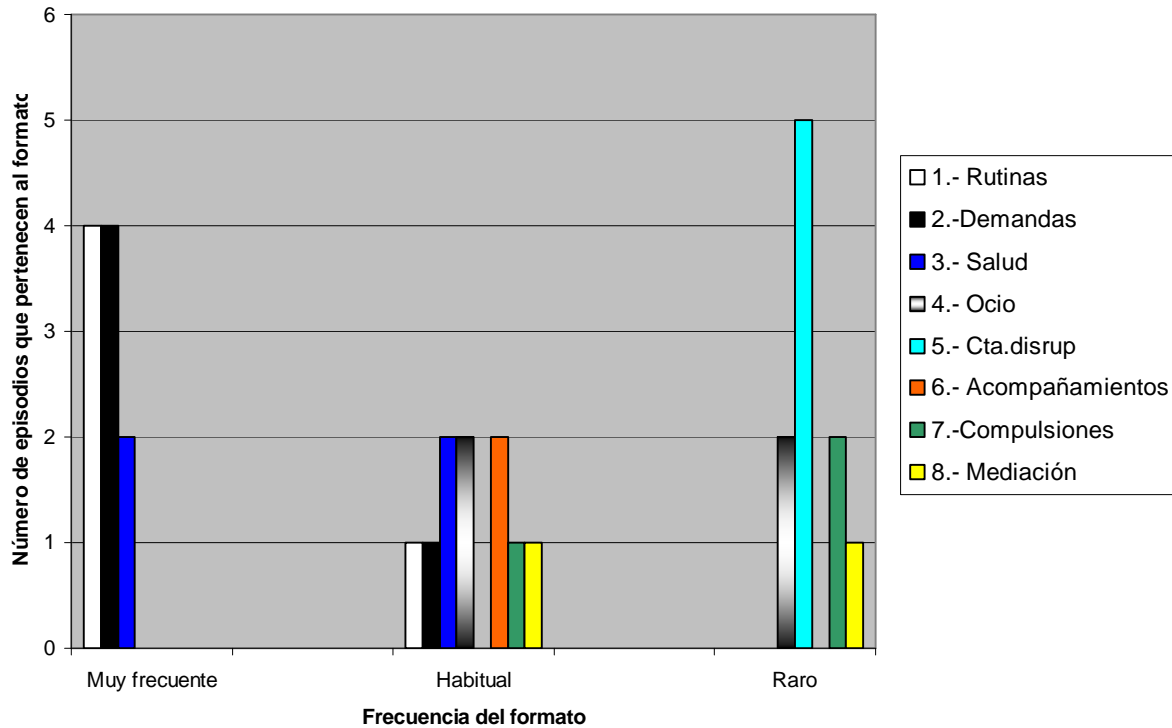


Figura 6.1. Representación de la frecuencia de los formatos interactivos según los monitores.

Los únicos formatos que describen los monitores como muy frecuentes son los 1, 2 y 3. Es el formato relacionado con las actividades de ocio el que sigue a los formatos anteriores al ser descrito dos veces como habitual y otras dos veces como raro. El formato interactivo de conductas disruptivas sólo es descrito como raro, no obstante es reseñado por el 50% de los usuarios. No hay que olvidar la saliencia de este formato y el alto grado de estrés que conlleva. El formato de acompañamientos es descrito como habitual por dos monitores. Por último, encontramos los formatos de compulsiones y mediación.

6.3 DISCUSIÓN

En el apartado de discusión analizaremos mediante numerosos extractos cada uno de estos formatos interactivos (FI).

6.3.1 Rutinas relacionadas con la actividad diaria (FI 1)

Comencemos nuestro análisis con el FI más frecuente junto con el de demandas. Me refiero a los episodios relacionados con la actividad y las rutinas diarias en las Casas Hogares.

Veamos a continuación como describen algunos monitores entrevistados este tipo de episodios. Una monitora nos dice.

E1.M2.19

1 **Monitor:** entonces cuando llega las 9 de la mañana me dice tchis, ponte los guantes (.)
 2 no con esa claridad, ¿no? porque no lo puede hacer por la manera que él se expresa
 3 pero si me retraso pues me lo repite constantemente ¿no? hasta que yo ya me levanto,
 4 me voy preparando, me pongo los guantes, me cojo las llaves y entonces ya salgo de
 5 la oficina me coge del hombro y ya empieza él a reírse a estar así muy contento y me
 6 va llevando (.) yo me dejo llevar a donde él quiera (.) entonces (.) el camino es
 7 prácticamente siempre el mismo (.)

Es destacable en el anterior extracto que es el usuario el que inicia la interacción y dirige a la monitora tomándola por el hombro. El comienzo de la interacción es una orden del usuario “tchis, ponte los guantes” (L1). Además, de una forma bastante autoritaria. La monitora nos dice que se deja llevar, aunque el camino es prácticamente siempre el mismo (L7). Este hecho refleja el carácter sistemático, sin ningún tipo de incertidumbre, de todas las acciones que se llevarán a cabo. En la descripción de la monitora observamos como el usuario disfruta del encuentro con la monitora y se “empieza a reír, a estar muy contento” (L5). En los siguientes dos extractos otro monitor nos narra su encuentro a la entrada con una usuaria en términos muy afectivos.

E2.M6.6

1 **M:** [...] yo creo que es E.P.D cuando me ve todos los días al llegar (-) que empieza
 2 como a hacerme caricias porque (-) yo creo que yo con E. tengo un feeling desde hace
 3 muchos años no sé por qué [...]

E3.M6.13

1 **M:** pero no es (.) no como unión de [---], y entonces cuando la primera
 2 vez que me ve a lo largo de la jornada laboral que siempre me da muchas caricias,
 3 siempre me abraza ¡hay! no sé cuanto <imita su voz>> (1.0) y: esa es una de las cosas
 4 que (.)”

En estos extractos también encontramos contacto físico. Es más, hallamos explícitamente un contacto físico de carácter afectivo: “caricias” “me abraza”.

En el siguiente extracto se nos explica con detalle la secuencia de acciones de las monitoras a primera hora de la mañana.

E4.M5.11

1 **M:** [...] una interacción: que: sucede: diariamente (.) es por ejemplo la
2 rutina de levantarlos por la mañana y acceder a las duchas (-) o a su aseo personal
3 ¿no? (.) entonces normalmente los monitores entramos, yo entro a trabajar a las ocho
4 leo las incidencias que hayan ocurrido del día anterior o de los días que no haya
5 estado en el centro (.) y lo que hago es (.) eh: a las nueve eh: bajo por, voy por las
6 habitaciones pues despertando a los usuarios (-) la inmensa mayoría suelen estar
7 acostados, alguno que otro se levanta (.) más temprano pero la inmensa mayoría
8 suelen estar acostados entonces (.) pues (.) son habitaciones individuales eh: y lo que
9 normalmente hago es toco a la puerta (.) buenos días eh: (.) ¿qué tal? son las nueve
10 hay que ir levantándolos que es la hora del desayuno y hay que ducharse.

¿Cómo se actúa cuando un usuario es renuente a levantarse? En los siguientes dos ejemplos de la misma monitora se nos detalla.

E5.M5.54

1 **M:** y su táctica yo creo que la relación entre los usuarios y los monitores (.) es, está
2 muy, muy personalizada (.) depende del tiempo que lleves trabajando, de la empatía
3 que tengas con cada uno de ellos (2.0) de: lo que te conozcan (.) y (-) y sepan como tú
4 vas a actuar, entonces es cierto que hay algunos que el simple hecho de
5 quedarte allí, venga, vamos, levántate, que es la hora del desayuno, que no vas a
6 llegar, venga que yo te ayudo (1.0) vale, vamos a ver, abres el armario, ¿qué nos
7 vamos a poner hoy? entonces la simple charla o el tiempo que tú estés allí basta para
8 convencerlo y se levantan, hay otros que por mucho que tú insistan pues se dan la
9 vuelta y pasan ¿no? entonces uhm: lo que yo, yo hago habitualmente es (-) bueno (-)
10 te dejo dos minutitos más y ahora vengo, (.) me salgo voy a llamar a otro usuario,
11 vuelvo (.) todavía estás aquí venga levántate (-) e incluso en algún momento me
12 pongo al filo de la cama a moverme (.) venga, vamos, levántate (.) <se ríe>> y le
13 muevo, le muevo un poquito la cama ¿no? y al final un poquito por insistencia y
14 pesadez ¿no? (1.0) estos son los casos más extremos en los que les cuesta horrores
15 levantarse y que como te vayas de allí (.)

E6.M5.76

1 **M:** [...] ¡venga! o te levantas o: o: te quedas sin desayunar porque pierdes el desayuno
2 porque el desayuno lo vamos a quitar sino sería otras veces cambiándoles el chip ¿no?
3 contándole alguna broma (.) yo muchas veces cojo a lo mejor alguna cosa que tiene
4 por allí (.) y ¡uy qué mono! Y ¿esto qué es? ¿quién te la ha regalado? o y esta
5 fotografía ¿quién es de tu hermana? (1.0) <cambia de timbre de voz con el estilo
6 directo>> y le empiezas a hablar a algo que tienen por allí (.) en su entorno (.) y al
7 final acaban abriendo los ojos y empiezas con alguna conversación y al final se
8 acaban levantando (1.0) pero es con insistencia, insistencia [y con]”

Para empezar, en el extracto E5, la monitora reconoce que existe mucha variabilidad en las estrategias que los profesionales utilizan en estos casos y que, como no, depende de la relación que se mantenga con el usuario en cuestión (L1, 2 y 3). Observamos en un principio el uso de imperativos, “todavía estás aquí, venga, ¡levántate!”, del carácter persuasivo de la mera presencia de la monitora en la habitación, y de, incluso, acciones para incomodar físicamente al usuario. Hay que decir que todas estas acciones, discursivas o no, disfrutan de un tono afectivo cercano. De hecho, cuando la monitora utiliza el estilo directo para trasladarnos sus palabras se percibe un timbre alejado del enfado. Las cualidades prosódicas de los enunciados en estilo directo que nos transmite la monitora dejan relucir complicidad, incluso actitud de juego. Por ejemplo, la monitora se ríe cuando describe que se sienta en la cama para despertar al usuario (E5: L12). La metáfora del juego es adecuada ya que éstos presentan, al mismo tiempo, rutinas, normas sistemáticas a seguir que otorgan seguridad a los jugadores y posibilidad de intervenir, dentro de unos límites, en el transcurso de éste. Este carácter lúdico se refuerza cuando la monitora nos dice en el segundo extracto que a veces realiza alguna broma. Lo que considero más interesante es que, como vemos en el extracto E6, la rutina del despertar se puede convertir en un contexto propicio para que la monitora se interese por la vida personal del usuario mediante preguntas abiertas dentro de su espacio más privado: su habitación. Estas preguntas fuerzan a contestar al usuario y así se alcanza el objetivo último de despertarlo (L4). La profesional pregunta de forma abierta por objetos regalados, fotografías familiares u objetos ornamentales que pueden inducir narrativas y contribuir a elaborarlas.

Me gustaría seguir haciendo énfasis en la dimensión afectiva de las rutinas de higiene por medio de tres extractos especialmente significativos de la misma monitora. Veamos el primero.

E7.M2.27

1 **M:** [...] en cuanto yo abro la puerta del armario <ríe>> bueno las risas
 2 tremendas ¿no? yo les doy las toallas a él que necesita él y para otros usuarios y él las
 3 lleva (.) bueno superfeliz en ese tiempo él se ríe muchísimo me (.) da ciertas muestras
 4 de, de afectos (.) ¿no? (.) tanto, yo qué sé (.) no son así caricias (.) pero sí son contacto
 5 físicos (.) que denotan eso, afecto ¿no? pues las miradas, da sensación que tiene él (.)
 6 yo también la verdad es que me lo paso muy bien, me río mucho y que de algún modo
 7 le transmito lo mismo <descenso de volumen, baja la cabeza>>

Aparte de lo dicho hasta ahora, es reseñable la participación activa del usuario en las tareas junto con la monitora. El usuario colabora activamente echando una mano a la monitora. Posteriormente veremos otros extractos en los que los usuarios disfrutaron de un espacio de intervención en las rutinas diarias. La descripción muestra innumerables elementos de carácter afectivo, todos positivos. Además la monitora reconoce que para ella la interacción es muy agradable. El descenso progresivo del volumen y la bajada de la cabeza denota cierta vergüenza, demostración de la veracidad y del carácter íntimo de la información, al expresar la monitora sus sentimientos (L7). Examinemos otros dos extractos.

E8.M2.36

1 **M:** [...] entonces entre los dos pues vamos repartiéndole los útiles de
 2 aseo a los demás usuarios de la planta y ya cuando terminamos pues ya él se mete en
 3 la ducha empieza a frotarse las manos <aplaude cuatro veces>>, a reírse, a aplaudir y
 4 se mete en la ducha y dice menudo duchazo que me y<ríe>>bueno luego me va dando
 5 órdenes en ese sentido ¿no? (-) no de forma agresiva sino todo lo contrario, como el
 6 que lo hace a lo mejor con un familiar o así que no quiere que se olvide de algo (-)
 7 dice abre el armario, cógeme no se qué, el jabón, la toalla ¿están ahí mis gafas? y todo
 8 eso ¿no?

E9.M2.60

1 **M:** [...] entonces empecé poco a poco a hacerle el baño así ¿no? yo lo
 2 cojo de la mano ¿no? con la historia de que le voy a dar el brazo, que le doy la vuelta
 3 y que no sé qué (.) noté que él vivía eso muy bien con mucha sensación de placer que
 4 él la, la expresaba así con sonrisas, con risas incluso tocándome diciendo, bueno mi
 5 nombre no (.) el nombre que se ha quedado: [...] entonces eso así se basa nuestra
 6 relación de baño (1.0) ya acabamos muy bien (.)

En estos dos extractos se vuelve hacer énfasis en el carácter afectivo y placentero de la rutina de higiene. Además se denota en E9 la importancia del contacto físico (L2). Es destacable como en E8 se invierte los posicionamientos en la interacción. Se le permite al usuario dar órdenes. Sin embargo, la misma monitora redefine esos enunciados imperativos como “no agresivos” “como si se tratara de un familiar”. Así, las rutinas de vida diaria se muestran como uno de los contextos interactivos que presenta mayor comunicación afectiva entre monitoras y usuarios.

Tratemos otro tipo de rutinas diarias. Son, sin lugar a dudas, las situaciones relacionadas con las tareas en la Casa Hogar, por ejemplo poner la mesa y recogerla, tareas de la limpieza, etc.; en las que las monitoras deben hacer gala de una gama más amplia de argumentos. Al contrario que en las interacciones relacionadas con estados psicopatológicos, en las cuales las intervenciones de las profesionales son más

directivas, en las interacciones con las tareas diarias hay que confrontar con argumentos lógicos la posible resistencia a realizarlas. Observemos a continuación cuáles son las estrategias discursivas que una monitora nos dice utilizar cuando tiene problemas con la realización de las tareas de la Casa Hogar.

E10.M10.59

1 **M:** [...] entonces en este caso sí (.) porque si me ha tocado dos veces,
2 porque si yo hice la tarea, porque yo estoy pagando aquí, porque tú cobras porque yo
3 te pago (.) pero: pero vamos, ya te digo, te los llevas igual, convenciéndole un
4 poquito, hablándole (.) y diciéndole lo bien que lo hace y eso: uhm: (.) se resisten al
5 principio (.) incluso ellos mismos se cambian las tareas (.) mira que hoy me toca a mi:
6 dice por ejemplo mira que hay fútbol, que voy a salir con un familiar (.) házmelo tú y
7 yo te lo hago mañana (.)

Aquí, la monitora nos expone los conflictos que surgen en el contexto de la realización de las tareas. Dos cuestiones son destacables. En primer lugar las excusas de los usuarios para no hacer las tareas. Especialmente interesante es el último argumento: “Porque yo estoy pagando aquí, porque tú cobras porque yo te pago” (L2). Este argumento posiciona al usuario jerárquicamente por encima del monitor redefiniendo la Casa Hogar como un hotel. Este acto discursivo desvaloriza el rol del monitor. Si tenemos en cuenta los problemas para definir el rol de monitor dentro de un grupo profesional en construcción, este argumento puede resultar muy ofensivo para muchas monitoras y monitores. No es el caso de la monitora en cuestión. Ésta expresa total confianza en sus intervenciones para “llevarse a los usuarios” (L3), convencerlos, de la realización de tareas. Existe otro aspecto a resaltar relacionado con lo que comentábamos en el capítulo sobre los procesos de recuperación: las rutinas cotidianas como contexto apropiado para aumentar la capacidad de agencia de los usuarios (Boydell, Gladstone y Volpe, 2003; Jekins y Carpenter, 2006; Ridgway, 2001; Roe y Davidson, 2007; Saavedra, 2009a). Observamos como los usuarios negocian entre ellos para cambiarse las tareas. Esto es promovido por los monitores y crea un espacio de responsabilidad y posibilidad de acción para los usuarios (L5).

En el siguiente extracto, perteneciente a la misma monitora, se nos explica como se reacciona ante las justificaciones de un usuario para no hacer las tareas. Este usuario argumenta que “eso es cosa de mujeres”. La monitora los define como “machistas” e informa de las siguientes estrategias discursivas para convencerlo de que realice las tareas.

E11.M10.72

1 **M:** [...] [hombre] se le convence que ya la cosa ha cambiado, ¿no?, de
 2 que ya también los hombres lo hacen, que: se le ponen miles de ejemplos, que mira a
 3 tu compañero que también lo hace, o cuántas personas hay en los bares trabajando, si
 4 a lo mejor algún día a ti te toca trabajar, o te toca a irte a un piso a compartir con
 5 alguien y siempre lo consiguen, lo consiguen o encuentras una pareja, pues tú le tienes
 6 que ayudar a tu pareja (.) y: siempre: lo consigues, lo consigues (.)”

El arsenal argumental de la monitora lo podemos dividir en dos grupos. Por una parte, observamos una línea argumental deductiva. Se acepta la definición del usuario como hombre y se le incluye en esa clase, para inmediatamente afirmar que ya, en estos días, la clase general de hombres realiza esas tareas, por lo cual, si él es hombre, no tendría que tener problemas para realizar las tareas (L2). Se ejemplariza con sus compañeros y con las personas que trabaja en los bares. Pero advertimos otra línea argumental de naturaleza inductiva. La monitora sugiere posibles cambios en la vida del usuario, todos positivos, para enlazar la necesidad de realizar tareas en todos estos supuestos. Si “toca trabajar”, “compartir un piso” o tener “pareja” tendrás que realizar las mismas tareas (L4). Este argumento no es tan abstracto como el de corte deductivo, no supone necesidad, pero es muy efectivo ya que sitúa el contenido del argumento en la autobiografía del usuario. Este tipo de argumento también puede inducir respuestas o elaboraciones de corte narrativo. Por ejemplo el usuario puede afirmar que él nunca podrá tener novia y la monitora podría preguntar ¿por qué? En un solo párrafo esta profesional nos ha mostrado una secuencia de argumentos muy compleja.

¿Cuáles son los rasgos característicos de las interacciones entre monitores-usuarios en el contexto interactivo de las rutinas diarias? En un primer análisis podemos decir que las rutinas diarias son un contexto especialmente problemático puesto que supone confrontar la inercia inicial o la renuencia de los usuarios de realizar algunas conductas y tareas. Además, el carácter diario de estas actividades puede conllevar una sensación de conflicto continuo y de cansancio por parte de todos. Sin embargo, como hemos visto, las características de las interacciones que se nos ha descrito no verifican esta idea. Para empezar, observamos un importante componente afectivo que se traduce en conductas explícitas de expresión de afecto, abrazos, sonrisas, como en otros tipos de contactos físicos que transmiten confianza e intimidad. De hecho, la valoración positiva de estas interacciones la podemos observar tanto en monitores como en usuarios.

También comprobamos como estos contextos son apropiados para, de forma indirecta, promover la aparición de narraciones personales y elaborar historias de vida. Advertimos que el rol de monitor o monitora como jerárquicamente superior se invierte de forma que en estas interacciones los usuarios pueden ordenar a las monitoras o monitores. Aparte de ello, este contexto es apropiado para que los usuarios puedan colaborar activamente con los profesionales e incluso para que tomen algunas pequeñas decisiones. Por último, hemos observado un alto grado de complejidad argumental en la interacción por parte de las monitoras y monitores en el contexto de las tareas de limpieza o de colaboración en las comidas. Por todo ello, podemos afirmar que estos contextos interactivos, especialmente los relacionados con las actividades de higiene, despertar, saludos y despedidas, son uno de los más idiosincrásicos y significativos dentro de la vida en las Casas Hogares. Sin lugar a dudas, como algunos autores han verificado, este es el contexto esencial para la construcción de una identidad y una narrativa de vida llena de sentido dentro de los procesos de recuperación de las personas con trastornos mentales graves (Borg, 2007; Mezzina, Davidson, Borg, Marin, Topor, y Sells, 2006; Saavedra, 2009a).

6.3.2. Episodios relacionados con demandas de los usuarios (FI 2)

Estudiemos a fondo este formato interactivo íntimamente ligado a la vida dentro de las Casas Hogares. A continuación analizamos un extracto en el que un monitor nos describe una interacción a primera hora de la mañana.

E12.M1.6

1 **M:** por ejemplo el de (.) primero de la mañana ¿no? el inicio (.) el: tema
 2 por ejemplo de:l de:l tabaco que es un tema serio en el recurso que (1.0) normalmente
 3 el usuario piensa que tiene derecho a más tabaco que el que, que el se le da (1.0)
 4 porque no es consciente del, del dinero, de la capacidad económica que tiene,
 5 entonces excepto algunos que se los autoadministra y van bastante bien (.) la mayoría
 6 hay que, que (-) administrárselo durante: durante: el tiempo, ¿no? (-) y entonces (.) el
 7 tema es que se dedica (2.0) crea bastante conflicto porque (1.0) e: si fija: fijamos una
 8 hora y, y por ejemplo se fija en la entera y en la media, entonces te vienen un cuarto
 9 de hora antes, cinco minutos antes, la mayor parte del tiempo nos nos dedicamos a
 10 negar, es decir el usuario quiere el cigarro y le tienes que decir que no porque no le
 11 [toca] [¿cómo [-----] el problema] [...]"

El profesional identifica claramente cual es la interacción: “el tema del tabaco” (L2). Además, lo califica rápidamente en su primera intervención como “conflictivo”

(L7). La calificación como conflictivo de este episodio interactivo acontece después de que el monitor interrumpiera sin finalizar la frase anterior: “el tema es que se dedica...”. Es muy probable que en esta frase sin terminar el monitor quisiera indicarnos que en este tipo de interacciones se emplea mucho tiempo. Si analizamos secuencialmente estas dos frases podemos concluir que el monitor opta por cambiar una proposición, en un principio de carácter neutro, por otra con una valoración claramente negativa. Este hecho otorga especial relevancia a la utilización del adjetivo “conflictivo” para comprender a este episodio. De hecho, otro monitor es más explícito denominando como una “guerra” a estos episodios.

E13.M1.37

- 1 M: [...] y esa es una de las (.) de la guerra continua (1.0) yo creo que
- 2 continuamente estamos diciendo no (-) no sólo tema de tabaco sino tema de
- 3 tabaco, tema de dinero (.)

Continuemos con E12. El profesional explica las continuas demandas de los usuarios por medio de dos atribuciones a estados internos de los usuarios: “piensan que tienen derecho [...] porque no son conscientes del dinero que tienen” (L3). Además de todo ello, nos describe cómo son la mayoría de las interacciones de forma muy rotunda: “la mayoría del tiempo nos dedicamos a negar” (L9). Cabría preguntarse si con esta frase se refiere el profesional a las interacciones dentro de este tipo de formato o al conjunto de las interacciones dentro de la Casa Hogar. Veamos como describe otro profesional el mismo episodio.

E14.M4.62

- 1 M: [...] por ejemplo allí el tabaco no se da hasta las ocho de la mañana,
- 2 antes de la ocho de la mañana siempre viene alguien el tabaco eh: (-) siempre hay un
- 3 monitor que el tabaco no se da hasta las ocho de la mañana y ¿por qué? pues dámelo
- 4 ya ¡qué más da! pues algunos me lo da (.) que hasta las ocho de la mañana no, todos
- 5 los días estamos diciendo lo mismo, ¿por qué? ofú y ¿por qué? vale, se va no vale
- 6 <imita las voces de monitor y usuario>> (1.0) yo muchas veces en esas cosas... (.)
- 7 llega ¡dame el tabaco! (2.0) miro el reloj y me callo, sabes <ríe>>, y no digo NÁ (.) o
- 8 sea que depende de cómo esté también, hago de una manera o de otra [...] (1.0)

Podemos destacar varios aspectos de este extracto. Primero, la abundancia del estilo directo mediante el cual el monitor ventrílocua la voz del usuario. Hasta cuatro enunciados pertenecientes a los usuarios son expresados en estilo directo. Sin lugar a dudas es en este formato interactivo donde podemos encontrar mayor utilización del

estilo directo. Probablemente esto se deba al carácter problemático de estas interacciones y al tono emocional elevado de carácter negativo que acompaña las descripciones de los monitores. Hemos observado en el anterior estudio empírico como el uso del estilo directo también se hacía más frecuente en los enunciados cargados emocionalmente. De las intervenciones de los usuarios que nos transmite este monitor señalamos el argumento “pues algunos me los dá” (L4). Este argumento es especialmente conflictivo pues crea una división entre los monitores. De hecho, en el grupo de monitores siempre hay un debate abierto: Cómo unificar criterios de actuación. Existe una división tácita de los monitores en dos grupos: “los permisivos” y “los menos permisivos”. Esta clasificación de los monitores no sólo es construida por los usuarios, sino que los monitores también son creadores activos de esta categorización. De hecho, algunos monitores la utilizan. Abandonemos un momento el extracto E14 para ver un ejemplo muy significativo de esto último.

E15.46.M10.161

- 1 **M:** De nuestro trabajo sobre todo (.) yo que sé hasta que punto la implicación... yo
 2 soy muy [permisiva]
 3 **Investigador (I):** [*La implicación emocional*]
 4 **M:** yo soy muy permisiva con ellos (.) yo entiendo que hay que tener a lo mejor un
 5 poco más de mano dura (.) yo siempre lo he dicho para eso ya hay un grupo de
 6 monitores <sonríe>> que no todos tienen que ser permisivos ni todos tener la mano
 7 dura (1.0)

Volvamos al E14. El monitor expresa mediante diferentes recursos la sensación de hartazgo ante la continua repetición de este tipo de interacciones. El extracto comienza con una antítesis: “El tabaco [...] hasta las 8 de la mañana, antes de las ocho [...]” que refuerza el carácter de confrontación con el cual se asocia la conducta de los usuarios (L1). Además, como hemos dicho antes, se describen en estilo directo las intervenciones de monitores e usuario repetidamente. Por último, al final del extracto el monitor expresa su hartazgo en su decisión de satisfacer la petición del usuario para librarse de sus continuas exigencias: “Miro el reloj y me callo, sabes <ríe>>, y no digo ná” (L7). Veamos a continuación 4 extractos que de diferente forma redundan en esta sensación de hartazgo.

E16.M4.30

- 1 **M:** [...] depende también, sobre todo la gente nueva, ¿no? que no la

2 conoces muy bien que te está tomando la medida (.) pero si el tabaco es mío ¿por qué
3 no me lo dá? <imita la voz>> lo de siempre ¿no? lo de siempre no, y sí, sí [...]

E17.M7.5

1 **M:** [...] yo llego todos los días muy temprano (1.0) y ya tenemos a P.G
2 esperando con el: (.) esa es mi entrada todos los días, me está esperando, tal como
3 entro me está esperando en la puerta (.) y me está diciendo la medicación, el bonobús
4 y el dinero <in creschendo>>, entonces tal como entro yo digo (.) buenos días P. (2.0)
5 y hasta las ocho y media no te doy las pastillas (.) entonces todos los días la misma
6 bronca (1.0) todos los días (-) entonces yo subo suelto mis cosas y me leo mis
7 incidencias y aparece otra vez (.) las pastillas y la medicación (-) no ha pasao las ocho
8 y media (1.0)

E18.M4.58

1. **M:** [...] y la discusión esa es continua ¿no? la verdad es que quema
2 mucho repetir todo los días la misma historia [...]

E19.M7.24

1 **M:** esto es como el día de la marmota
2 **I:** sí, la marmota (-) ¡qué bueno! <el investigador ríe>>
3 **M:** es el día de la marmota, es todos los días lo mismo y todos los días a la misma
4 hora (.)

Encontramos en estos extractos algunas expresiones con una evidente carga emocional negativa: “todos los días la misma bronca” (E17:L5), “la verdad es que quema mucho” (E18: L1). Al mismo tiempo, el carácter continuado de este tipo de interacciones se enfatiza mediante, entre otros recursos, construcciones adverbiales: “todos los días”, “la discusión es continua”, “todos los días lo mismo” “siempre así”. Este énfasis por dejar constancia de la reiteración con la que suceden estas interacciones es muy significativo. En otros formatos interactivos, con la misma frecuencia, como las “rutinas diarias”, no encontramos tantas referencias a la frecuencia de éstos por parte de los monitores.

Es curioso como en el último extracto E19 el monitor utiliza una película que también conoce el investigador, como metáfora de los acontecimientos. El guión de la película nos ilustra muy bien cual es la experiencia de los monitores. En la película en cuestión, del año 1991, un periodista gruñón y antipático en un pequeño pueblo de Estados Unidos se ve condenado a revivir, una y otra vez, el mismo día. Todo se repite, excepto su percepción de que, lo que le sucede en cada momento, ya lo ha vivido. El monitor muestra, utilizando este recurso, que disfruta de un buen grado de intersubjetividad con el investigador.

En E16, el monitor atribuye al usuario la intención de ponerlo a prueba (L2). Esta atribución implica que el monitor reconozca la facultad al usuario de poder hacerlo. El monitor se posiciona a un nivel jerárquico inferior. De hecho, éstos son los episodios interactivos en los cuales los usuarios muestran más poder en el sentido de que son los usuarios los que deciden iniciar la interacción y puede envolver a los monitores en un punto sin salida. A saber, incumplir las normas, explícitas o no, o, padecer las interrupciones y las presiones de los usuarios. Esta presiones pueden ser verbales (exigencias, petición de explicaciones, ruegos y súplicas, etc) o, por ejemplo, simplemente la presencia o la invasión del espacio de los monitores, por ejemplo, su despacho. Tanto es así, que los usuarios pueden llegar a desestabilizar emocionalmente a los monitores.

E20.M4.18

1 **M:** [...] y si te insisten ya te cabreas, porque suelen insistir, entonces tú
2 hablas más y gritas más y <ríe>> [...]

Hemos visto qué características presentan las demandas de los usuarios pero ¿cuáles son los actos discursivos que utilizan los monitores para contener éstas? Veamos como responde una profesional a esta pregunta.

E21.M9.111

1 **M:** Pues mira, reaccionamos pues muy bien, la verdad es que aquí con
2 los compañeros pues tranquilo mira P. si tú te quieres ir a tu casa pues te vas, tú estás,
3 o sea, pero si vamos a ver si tú tienes unos horarios de entrar allí en el taller a las
4 nueve de la mañana, como te vas a ir a las siete y media de la mañana para estar allí en
5 la puerta y todo es un sin vivir, todo es el correr, el: todo es decir ya, ya, y eso no
6 puede ser, tienes que pararte, tienes que tranquilizarte, bueno eso es todo los días del
7 año (.)

Es interesante observar en este extracto como la monitora responde en términos valorativos, “bien” a una pregunta que en un principio solicita una descripción neutral de las intervenciones de los monitores. En todo caso, la valoración, hubiera podido ir situada al final de la intervención y no de forma inmediata al principio. La apelación directa al investigador “pues mira” así como la utilización del sustantivo “la verdad” para comenzar la frase conduce a pensar que nos encontramos en un terreno en el que esta monitora cree necesario realizar un esfuerzo justificatorio. Seguidamente observamos una serie de argumentos de carácter práctico relacionados con la vida diaria del usuario, “como te vas a ir a las siete y media de la mañana para estar allí en la

puerta”, para lentamente desembocar en otros más normativos “y eso no puede ser” (L5 y L6). Continuemos analizando en los siguientes cuatro extractos cuáles son los esfuerzos argumentativos de las monitoras para justificar las negativas a las demandas de los usuarios.

E22.M1.31

1 **M:** y entonces el, el (2.0) se le intenta explicar que el problema principal,
 2 a parte de la salud, es el dinero, e: es que con los ingresos que tienen no tienen para
 3 más (1.0) [...] la mayoría de los que tenemos allí lo entienden, excepto, excepto un
 4 par de ellos, pero claro no lo aceptan (1.0)

E23.M7.24

1 **M:** [...] se inten... intentamos razonar con él (1.0) pero hay muy poco
 2 razonamiento (.) ES muy DÍfícil [----] a lo más que se llega es a decir mira P. el reloj
 3 ¿qué hora es? Y te dice las siete y media (-) bueno, falta una hora para que te de las
 4 pastillas y la medicación, la primera vez te acepta que tú le digas la hora ya, la
 5 segunda pauta que tú le des ya se altera un poquito, la tercera ya se pone
 6 descompuesto, cuando ya son las 8:15 ya está completamente descompuesto (1.0) ya
 7 no razona (.)

E24.M3.96

1 **M:** [...] él en esta situación pues empieza a chillar ¡qué me voy! ¡qué me voy! ¡qué
 2 me voy! ¡qué no puedo más! Venga P. vamos a intentar localizar a tu padre para que
 3 venga a recogerte ¡qué no [----] a mi padre! empieza a insultar a su padre nos
 4 empieza a insultar a nosotros y antes de que la cosa llegue a más hemos aprendido un
 5 poco a::
 6 **I:** cortarlo
 7 **M:** a atajarlo, venga, venga P. vale y ya se calma (1.0) venga te damos el bonobús y
 8 ya cuando estés más tranquilo ya hablamos, te pasas un par de días en tu casa te
 9 vuelves cuando estés mejor, se le prepara la medicación para una semana y él
 10 normalmente está antes de una semana porque tampoco está a gusto allí esto suele
 11 ser por lo menos una vez al mes (.)

Como se puede advertir en los extractos E22 y E23 los monitores no renuncian a hacer entender a los usuarios las razones de sus negativas. El argumento principal, de carácter totalmente práctico, es que no tienen más dinero (E22:L1). Es muy interesante la distinción que realiza la monitora M1 en E22 entre “entender” y “aceptar”. Esta monitora afirma que la mayoría de los usuarios disfrutaban de capacidades cognitivas para comprender la situación de precariedad económica en la que se encuentran. Sólo un par de ellos realmente no pueden comprenderlo. Sin embargo, otra cuestión distinta es que desistan de intentar conseguir reforzadores y beneficios extras como consecuencia de sus peticiones. Es decir, otra cuestión es que acepten la situación en la que se encuentran. El conflicto surge porque “los pacientes piensan que tienen derecho”

(E12:L3). De este modo, la definición de este formato interactivo se traslada de los ejes “enfermedad, déficit cognitivos- salud, capacidad cognitiva” al eje “aceptación-rebeldía”. Es decir, estaríamos hablando, con mayor intensidad que en cualquier formato interactivo de los descritos, de relaciones de poder. No es extraño que resulte difícil negociar y argumentar dentro de este contexto. Al final de E23 y principio del E24 se describen los riesgos que se corren cuando se niegan las peticiones de los usuarios: algún grado de descompensación y problemas de conducta. En el último extracto se nos informa del proceder en un caso concreto, el mismo usuario que en el extracto E17, de evidente descompensación del usuario: gritos, insultos. La monitora nos dice que “han aprendido” a actuar para “atajar” el problema “antes de que llegue a más”. El proceder de las monitoras es, hasta cierto punto, ceder ya que se le entrega el bonobús que era una de las demandas del usuario. Sin embargo, los acontecimientos que siguen a la entrega del bonobús en el E24 suponen una ruptura con la cotidianidad de la vida del usuario. Las monitoras se ponen en contacto con su padre y, con el acuerdo de éste, envían al usuario a que pase unos días con él. Sería interesante estudiar esta secuencia funcionalmente para determinar qué rasgos reforzadores presenta la decisión de enviar al usuario a casa por unos días. De todas formas, la monitora en cuestión señala esta acción como una solución, por lo menos momentánea, al estado descompensado del usuario.

Sinteticemos a continuación lo dicho hasta ahora en relación con este formato interactivo. La mayor parte de los enunciados emitidos por los usuarios en este formato interactivo son imperativos, “la mediación, el bonobús y el dinero <in crescendo>” o preguntas, “¿por qué? ofú y ¿por qué?”, que funcionan como actos discursivos que reclaman un derecho o denuncian una injusticia. Estos enunciados, según los monitores, son constantes y se repiten a lo largo de todo el día. Los monitores viven estas interacciones con gran cansancio, hasta el punto de poder verse desbordados emocionalmente: “cabrearse”. En este formato los usuarios son los que inician la interacción y por lo tanto tienen la iniciativa. Los monitores principalmente se limitan a “decir que no” negar, más o menos, sistemáticamente las peticiones de los usuarios. No se renuncia a argumentar las razones de estas negaciones, pero no se le reconoce mucha eficacia a estos intentos. Éste es el formato interactivo en el que con mayor claridad se pueden observar interacciones en las que está en riesgo el estatus jerárquico de los participantes en el juego del lenguaje, en este caso monitores y usuarios. Podemos

observar cómo se amenaza el posicionamiento jerárquicamente superior de los monitores. Un monitor nos señaló que los usuarios ponen “a prueba” a los monitores cuando son nuevos. Intervenciones de los usuarios como “pues dámelo ya ¡qué más da! pues algunos me lo dá” cuestionan la homogeneidad de intervención de los monitores, amenazan el estatus de éstos, y, en un grupo profesional todavía en construcción, son especialmente estresantes. Recuérdese que en el formato interactivo anterior veíamos un enunciado de los usuarios que hacía descender la posición de los monitores hasta la posición de profesional de la hostelería, “porque yo estoy pagando aquí, porque tú cobras porque yo te pago”. Este enunciado es más directo e invierte los posicionamientos de monitor-usuario. Sin embargo, este enunciado no es vivido con tanta ansiedad como aquellos que hemos descrito en este apartado, ya que sucede en pocas ocasiones. El formato interactivo que hemos denominados “demanda” es habitual y los usuarios son los iniciadores de éste, por lo que la sensación de “conflicto” y de “guerra” por parte de las monitores es evidente y frecuente.

6.3.3 Episodios relacionados con la regulación de estados de ansiedad, alucinaciones o delusiones de los usuarios (FI 3)

Hemos dicho que este formato interactivo es el primero que está directamente relacionado con síntomas psicopatológicos de los usuarios. La interacción entre monitores y usuarios dentro de este formato puede iniciarse gracias a la iniciativa de los usuarios.

E25. M4.80

M: quiero la medicación de los nervios porque me pican los ojos <rie>>.

O bien, después de que algún monitor observe cambios significativos en la conducta de algún usuario. Veamos un ejemplo.

E26.M4.90

1 **M:** pero si tú ves que hay algún problema pues lo coges y le dices siéntate

2 aquí conmigo que quiero hablar contigo (.)

3**I:** *uhm* (2.0)

4 **M:** y eso entonces ya empiezas a preguntar empiezas a tirarle un poquito y te empieza a

5 contar (2.0) pues si, no es que últimamente es que duermo mal, empieza a sacarle suavito
6 un poquito como está <sonríe>> o yo que sé, o es que últimamente estoy escuchando más
7 voces, o, o no tengo ganas de nada, o estoy peleando con todo el mundo, en fin, esas son
8 las normales ¿no? las normales me refiero a eso.

El mismo monitor nos afirma en el siguiente extracto que son más habituales las interacciones iniciadas por el profesional, el cual se percata de que el usuario no está bien, “está angustiado” (E27: L2) y que puede desembocar en alguna “historia” (L3).

E27.M4.85

1 **M:** son demandas un poco más (.) eso de está [----] y eso de (.) claro (.) tú ves
2 a uno que está angustiado y que ves que (1.0) que le estás tú viendo ya venir alguna
3 historia, que estás viendo de que es posible de que vaya empezar a estar mal, entonces
4 una de dos (.) es raro que ellos te lo demanden (.)
5 **I:** ya (.)
6 **M:** pero si tú ves que hay algún problema pues lo coges y le dices siéntate aquí conmigo
7 que quiero hablar contigo

En relación a los signos de ansiedad que pueden observarse en las conductas de los usuarios y que puedan inducir la intervención de los monitores, uno de ellos nos dice.

E28.M1.87

1 **M:** [...] hay quien lo manifiesta pues cuando se niega o bien tomar la medicación
2 que habitualmente la toma, pero empieza a negarse, o a protestar en exceso o si le toca
3 tareas pues se niega a hacerlas con la idea de supongo de provocar un, un, una situación
4 de, de llamada de atención, ¿no? (2.0) hay otros usuarios que lo hacen físicamente
5 es decir, se asfixian, se, hay que atenderlo porque se asfixian, o se lesionan o se
6 autolesionan como llamada de atención (.)

En el anterior extracto son especialmente reseñables dos aspectos. Primero, la atribución de un significado muy concreto, una “llamada de atención” (L4) a las conductas de los usuarios que incumplen la normativa de la CH. Esta atribución es generalizada en todos los profesionales y podemos definirla como un esquema cognitivo básico para interpretar las conductas de los usuarios. La siguiente relación causal describe la atribución de significado: si el paciente incumple una norma es porque nos está reclamando que lo atendamos. Más adelante trataremos con detenimiento el concepto de “demanda de atención” y sus repercusiones. En segundo lugar es destacable la importancia de los síntomas físicos o las autolesiones como indicadores del desequilibrio psicológico o como signos de una descompensación que pueden terminar en crisis. De hecho, para algunos monitores las quejas sobre síntomas físicos de ciertos

usuarios están claramente determinadas por estados psicológicos. Veamos un claro ejemplo en este muy significativo extracto.

E29.M8.90

1 **M:** una o varias veces al mes (2.0) pues por ejemplo (-) A.D de vez en
 2 cuando se pone muy nervioso, muy nervioso y entonces somatiza y le pican los ojos, y
 3 normalmente te pide medicación para los ojos (1.0) y normalmente con él la interacción
 4 es más placebo, venga A. te voy a lavar los ojos con suero <lento y agudo>> y entonces
 5 tú ya le vas lavando los ojos con suero y le vas hablando <lento y agudo>> y tal y se va
 6 relajando (2.0) y eso suele suceder (2.0) a lo mejor dos o tres veces al mes (.)
 7 **I:** *al mes (-) y ¿cómo pide la ayuda? lo verbaliza a o lo mejor [lo tenéis que averiguar]*
 8 **M:** [el dice estoy nervioso] me pican los ojos (1.0)
 9 **I:** *ya (1.0) estoy nervioso y me pican los ojos <ríen ambos prolongadamente>>*
 10 **M:** quiero la medicación de los nervios porque me pican los ojos <rie>>
 11 **I:** *¡qué gracia!*
 12 **M:** y entonces normalmente (.) yo pienso que es una forma también de comunicarse
 13 ¿no? de que te centres un poco en él (.) estés un rato con él y entonces ese contacto de
 14 que tú le laves, le hables y tal lo deja muy relajado.

Me gustaría llamar la atención sobre tres aspectos en este extracto. Primero, reiterar de nuevo la importancia de los síntomas físicos como señales de posibles desajustes psicológicos o emocionales. La monitora utiliza el verbo “somatiza” (L2), el cual es de carácter científico.

Segundo, la interpretación del monitor de que el síntoma “picar los ojos” (L2) es un medio de tomar contacto con los monitores, “una forma de comunicarse” (L12). Es decir, una reformulación del concepto de “llamada de atención” (L13). La monitora nos dice que la petición de la medicación de los ojos es una forma de “que te centres un poco en él” (L13).

El tercer aspecto, en mi opinión muy importante, es la función del contacto físico entre monitor y usuario. La monitora lo señala cuando habla de “contacto” y “que tú le laves” (L13 y 14). La monitora define que la interacción es “placebo” (L4). Recordamos que el concepto de placebo es de carácter técnico. La monitora se posiciona utilizando este concepto como una profesional. Hemos visto que el contacto físico es un medio de relajación y de comunicación muy importante dentro de las rutinas de aseo diario. Veamos un nuevo extracto de esta monitora que redundará en la importancia del contacto físico. Este extracto nos servirá también para introducir la cuestión de cómo afrontan los monitores los delirios o alucinaciones de los usuarios. El

entrevistador pregunta por la eficacia de las conversaciones relacionadas con los delirios con un determinado usuario.

E30.M8.47

- 1 **I:** *¿y tú crees que le ayuda a él? cuando ¿se queda después...?*
- 2 **M:** yo veo que hablar de estos temas no le ayuda porque los centran en el delirio,
- 3 cuando lo que si les ayudan mucho a J. es cuando tú lo intentas un poco centrar es
- 4 que lo toques o que le hagas así alguna cosa, así se calma (1.0)
- 5 **I:** *porque cuando estás hablando con él, ¿lo tocas?*
- 6 **M:** sí, el te lo agradece, encima te lo agradece además.

Aquí vemos de nuevo la importancia del contacto físico. Además la monitora cuestiona la eficacia del intercambio verbal respecto a los delirios del usuario (L2). Esta es otra temática que he podido observar, la referente a los delirios o a las alucinaciones. En ocasiones son los propios usuarios los que piden que se les escuche cuando observan que padecen estos síntomas. Veamos un extracto aportado por la misma monitora.

E31.M8.10

- 1 **M:** [...] Ch. te llama a su cuarto porque quiere hablar (1.0) y te cuenta la
- 2 historia de todos los días, del demonio, los ángeles, el pasaporte, cree en Dios, la
- 3 policía <risa>>

Pero, ¿cómo afrontan los profesionales de las CH las peticiones de ayuda de los usuarios, o los delirios que éstos padecen espontáneamente durante la vida en las CH? La misma monitora del extracto anterior, la cual cuestionaba la eficacia del intercambio verbal, nos especifica un poco más su estrategia en estos casos.

E32.M8.28

- 1 **M:** [...] me pide que lo escuche (.) y yo lo que intento un poco normalmente es pues
- 2 centrarlo en el ahora, llamar su atención en ese momento y un poco pues como J. tiene
- 3 mucha conciencia de enfermedad pues decirle bueno J. tú sabes que la enfermedad
- 4 que tienes es así y sabes que tienes esas ideas y te angustias y sabes que te viene el
- 5 corazón más estresado y sabes que lo que tienes que hacer es entretenerte y no
- 6 centrarte en ellas y siempre (.) es igual <rie>>

Observamos dos momentos en la estrategia de esta monitora. Durante el estado delirante, centrar al usuario en el “ahora”, “llamar su atención” en sucesos, cosas que están sucediendo en ese momento (L2). Es interesante que no se mencione la negación o la confrontación del delirio. Solamente cuando el estado agudo del delirio ha pasado es posible confrontar suavemente al usuario por medio de técnicas de psicoeducación. Es decir, informar al usuario de la enfermedad que padece, de posibles síntomas y de las estrategias más adecuadas para afrontar los síntomas (L3-L6).

Otra monitora nos dice lo mismo de forma más explícita. Con la metáfora de “cambiarle el chip” esta profesional nos sintetiza sus estrategias de afrontamiento ante los delirios de los usuarios.

E33.M5.191

- 1 **I:** *Claro, claro y con las alucinaciones (.) por ejemplo cuando algunas*
 2 *alucinaciones nos cuentan, yo: alguna alucinación, algún delirio, está ahí metido*
 3 *(.) ¿cuál, cuál es nuestra reacción? (.)*
 4 **M:** Mi reacción, generalmente, es intentar uhm: (.) cambiarle el chip (-)
 5 **I:** *uhum*
 6 **M:** cambiarle el chip (1.0) le escucho un poCO y en el momento que veo la
 7 oportunidad les, les cambio la conversación y los llevo a otro ámbito porque cuando
 8 están en pleno delirio intentar hacerle ver que es un delirio que es una fantasía y que
 9 no es verdad, me parece un poco absurdo (.) porque lo más que puede hacer es vale sí
 10 me voy a callar porque (1.0) uhm: porque sé (.) me está tratando como un loco (-) y
 11 no sirve absolutamente de nada, entonces: mi actitud es en ese momento de
 12 alucinación (.)
 13 **I:** *cambiarle un poco [traerlo a la:]*
 14 **M** [bajarlo] a la realidad cambiándole la conversación pero radicalmente hablándole
 15 de una cosa completamente [diferente]

Esta monitora manifiesta claramente que “hacerle ver que el delirio es una fantasía” durante el estado florido es un absurdo y que lo máximo que puede conseguir esa estrategia de confrontación es aislar con su delirio al usuario (L8, 9 y 10). Es destacable que la monitora manifieste que “le escucho un poco” (L6). Además es perceptible un énfasis especial a nivel prosódico en la palabra “poco”. Es decir, no corta desde el principio el discurso delirante aunque tampoco lo refuerza. Sino que espera a que surja la “oportunidad” para hacerlo (L7). En mi opinión este comportamiento muestra respeto por el usuario y cierto grado de tolerancia al discurso delirante. Además de ser una buena estrategia ya que evita dentro de lo posible que el usuario se coloque a la defensiva. Es de agradecer a esta profesional que nos detalle con minuciosidad como actúa cuando un usuario se encuentra delirando. Veámoslo en los siguientes dos extractos.

E34.M5.206

- 1 **M:** y lo que yo utilizo personalmente mucho es: (1.0) ponerle sobre la
 2 mesa alguna situación que se me haya dado personalmente
 3 **I:** *aha*
 4 **M:** pues esta mañana fíjate que me ha pasado con el niño que me ha dicho que
 5 <cambia de timbre, más agudo>> y le cuento alguna cosa que no tenga la más mínima
 6 importancia pero que sea de la vida real y además mía como persona (-) y entonces
 7 pues como automáticamente (1.0) les cambia el chip por lo menos (-)
 8 momentáneamente ¿no? (.) generalmente cuando tienen las alucinaciones pueden ser
 9 (-) eh: largas en el tiempo, no, si no se les cambia la medicación o se acude al

10 psiquiatra (-) se prolonga bastante (.) si no sus tres cuatros días de: delirio los suelen
 11 tener (-) entonces por lo menos un rato les cambia (.)

E35.M5.236

1 **M:** claro, es muy difícil lo único que consigo es eso hacerle (.) cambiar
 2 (.) sus pensamientos durante un ratito intentar distraerlo de ese espacio donde ellos
 3 están encerrados y vamos a tomar el sol, ¡ven! tómame un refresco conmigo o ayúdame
 4 a (.) yo que sé (.) a quitar esas flores de allí que están estorbando el jardín (1.0) vamos
 5 a arrancar esas flores (.)
 6 **I:** algo concreto y [material]
 7 **M:** sí, materializarlo en algo muy concreto, en un espacio muy concreto y muy
 8 delimitado (.)

En el extracto E34 la monitora nos dice que cuenta alguna situación que “sea de la vida real y además mía como persona” (L6), aunque “no tenga la mínima importancia” (L6). Hay que decir que el valor de la descripción de la situación no reside en su importancia sino en su carácter situado, concreto y en la cual actúan personajes reales y fácilmente reconocibles. Esta profesional pone un ejemplo en el cual podemos observar estas características: “Pues esta mañana fíjate que me ha pasado con el niño que me ha dicho que...” (L4). Este pequeño inicio de la historia con la que ejemplifica la monitora se encuentra situado temporalmente (esta mañana), un pasado muy cercano, y los protagonistas pertenecen al contexto más cercano y empíricamente verificables, la misma monitora y su hijo. Dicho de otra manera, podemos afirmar que la profesional le cuenta una historia que presenta cualidades narrativas opuestas a la del delirio. La elección de una historia de carácter personal muestra un grado importante de confianza hacia el usuario y equilibra la asimetría natural en las interacciones monitor-usuario. Es reseñable que la monitora dé mucha importancia a este hecho, lo afirma en dos ocasiones. Además, el énfasis en una historia personal sitúa con más fuerza la narración en un contexto físico y concreto. Se habla de hechos experimentados y verificables, no de deseos o de expectativas, ni de contextos extraños para ambos interlocutores. Esta estrategia logra que se les “cambie el chip” por lo menos “momentáneamente” (L7 y 8). A pesar de que los usuarios suelen presentar delirios “tres días o cuatro días” esta estrategia logra aliviar esta experiencia. En la L11 la monitora reconoce que lo único que consigue es aliviar los síntomas “un rato” y nos informa en E35 de otra técnica paralela a la anterior: invitar al usuario a realizar alguna tarea. Tareas que la monitora afirma son “algo muy concreto, en un espacio muy concreto y muy delimitado”

(E35:L7). Es decir las tareas que se proponen tienen las mismas características que las historias que cuenta la monitora. A continuación podremos comprobar como actúa la misma monitora de los extractos anteriores cuando ha pasado la fase aguda del delirio.

E36.M5.218

1 **M:** y: si: tengo la oportunidad cuando están así en esta fase (1.0) en
 2 algún momento que yo los vea un poco más tranquilo menos delirante (-) sí suelo
 3 conversar con ellos de ¿qué te está pasando? Estás empezando a ver esto, y si, y sí hay
 4 muchos de ellos que, no con todos, pero no todos lo admiten ¿no?, pero con la
 5 inmensa mayoría sí, vamos a ver tú sabes que esto es recurrente en ti, que tú piensas
 6 esto (.) uhm: tú sabes que tu enfermedad es así de jodida y puñetera y: esto: tienes que
 7 empezar (.) a diferenciar entre lo que es fantasía y lo que es la realidad (.) yo no estoy
 8 viendo eso que tú estas viendo o no, o no lo veo de la misma manera (-) explícamelo
 9 un poco más a fondo, ¿tú crees que realmente lo que tú estas viendo eh: piensas que
 10 yo lo puedo ver? Se me ha dado mucho en alucinaciones visuales ¿no? (1.0) yo he
 11 llegado a meterme incluso debajo de la cama a mirar si efectivamente había
 12 pequeños o enanos debajo de la cama (.)

Este extracto nos recuerda al E32 de la monitora 8 expuesto más arriba. Tras el paso de la fase aguda se puede trabajar con el usuario el insight y se le puede confrontar la realidad que está él percibiendo y reconocer que no es compartida. Es importante la apelación a la enfermedad para explicar esas experiencias (L5 y L7). En este extracto aparece un objetivo central en todas las personas que padecen alguna psicosis: “tienes que empezar a diferenciar entre lo que es fantasía y realidad”. Para ello la monitora pide al usuario que le explique más a “fondo” sus experiencias y le hace una pregunta abierta “¿tú crees que realmente lo que tú estas viendo eh: piensas que yo lo puedo ver?” (L9). Esta estrategia es opuesta a la anterior cuando el delirio es florido, donde la conversación directa sobre el delirio es evitada. Lo que evidencia la pregunta abierta de la monitora es que la meta de ésta no es negar la experiencia del usuario sino que comprenda que no es compartida, es decir, que la monitora no ve ni oye ni piensa lo que el usuario. De hecho, la monitora incluso busca a los personajes con los cuales alucinan los usuarios para demostrar que pertenecen a la realidad privada del usuario (L11 y L12). Es interesante señalar que los usuarios seleccionan según preferencias, como es lógico, al monitor al cual comunicar su estado o al cual pedir ayuda. Veamos un pequeño extracto al respecto.

E37.M8.39

1 **I:** vale, bueno y ¿se da por la mañana por la tarde? ¿hay algún momento?
 2 **M:** en todos los turnos

- 3 **I:** *¿en todos los turnos?*
 4 **M:** mañana, tarde y noche,
 5 **I:** *y a la hora, indistinta*
 6 **M:** sí, yo pienso que se da según quien está de turno <rie>> según él (el usuario) ve
 7 que crees que le vas a escuchar un poco y si ve que hay alguien que no lo va a
 8 escuchar mucho pues ni lo intenta (.)

En general los profesionales le atribuyen eficacia a sus actuaciones, aunque de forma limitada (E34. L7 y L8). También hay algunos monitores que son muy escépticos respecto a lo que se puede hacer. Se crítica la falta de recursos de todo tipo, incluyendo de personal, y del tiempo necesario para atender a los usuarios. A continuación veremos un extracto que ejemplifica esta posición.

E38.M1.71

- 1 **M:** uhm, bueno se dan con, así que se den una vez por semana y en
 2 usuarios que (.) que tenemos pues que sea cada dos o tres semanas suele ser más bien
 3 el (2.0) el (-) abor, abordar más bien, crisis, ¿no? abordar crisis del usuario (.) que
 4 entra en estado de nerviosismo, ansiedad y (1.0) y hay veces que consigues ¿no? (.)
 5 calmarle de alguna manera esa ansiedad (-) pero (-) que (-) o bien no eres capaz de
 6 atenderle, o darle el suficiente tiempo o, o, o no tienes recursos para sacarlo de, un
 7 poco más tiempo del recurso donde [-----] más tiempo ese usuario (.) que lo único
 8 que le vas diciendo o que consigues llegar a él, es, es intenta calmarle o puedo darte:
 9 (.) él exige una medicación, o alternativa o alguna otra cosa (-) y tú no tienes nada que
 10 darle de ese tipo excepto algunos que el psiquiatra prescribe un si precisa (1.0) y (.)
 11 pero que sabes que, que el usuario va a seguir demandándote eh: cosas y que al final,
 12 sino ese día pues al otro día, va a terminar en un ingreso (.) ¿no?

La carga emocional que desprenden las descripciones de estos extractos es intensa. Además de que la misma definición de este formato interactivo ya supone de por sí una carga emocional específica, los monitores describen autolesiones o estado corporales que denotan angustia: “asfixia”, “temblor”. Como en el extracto anterior se percibe la necesidad de responder rápidamente a las demandas del usuario y a veces se reconocen la falta de recursos de todo tipo. A pesar de ello, se acepta como parte del trabajo estas situaciones y la valoración final de la mayoría de los monitores no es negativa. Incluso en algunos extractos se puede observar descripciones de situaciones placenteras (E39: L4-8).

E39.M8.85

- 1 **I:** *y durante ese tiempo ¿comenta algo? ¿comenta alguna cosa? o*
 2 **M:** depen (.) si tú le insiste mucho porque A. tampoco es de hablar mucho, mucho,
 3 (1.0) A. ¿qué has hecho hoy? na yo <imita la voz>>, poco, él habla poco, él habla

- 4 poco pero ese ratito le gusta, le gusta (.) le gusta y lo relaja, aunque no se exprese
5 mucho pero te escucha y (1.0)
6 **I:** y ¿hay contacto a parte de lavarle los ojos? bueno ya eso es mucho contacto
7 <ambos ríen>> que te abran el ojo y que casi te echen tres gotas
8 **M:** pues le gusta ¡qué le vamos a hacer!

Más adelante comentaremos otros formatos interactivos relacionados con la salud. Ahora merece la pena realizar un resumen sobre el tipo de estrategias que usan los profesionales para enfrentarse a situaciones de estrés, ansiedad o a los síntomas positivos por parte de los usuarios. Podemos decir que los monitores reconocen como una de sus tareas esenciales el regular los posibles estados de ansiedad o angustia de los usuarios y responden a las demandas de los usuarios a este respecto. De hecho, estos profesionales invitan a los usuarios a que expresen esos estados y les preguntan de forma abierta: “empiezas a tirarle un poquito y te empieza a contar”. Ésta es una, pero no la única, como veremos más adelante, de las facetas de apoyo emocional de las cuales proveen los monitores. Respecto a las estrategias para afrontar los síntomas positivos podemos decir que están claramente definidas. Primero se escucha brevemente al usuario y se le expone a historias muy situadas espacio-temporalmente, cercanas, y con personajes materiales y verificables. Es decir historias que presentan características narrativas opuestas a la del delirio. También se les puede invitar o inducir a que los usuarios que se encuentran delirando o alucinando realicen tareas de carácter físico muy concretas. Solamente tras el paso de la fase florida del delirio o tras la desaparición de las alucinaciones se puede confrontar ligeramente la realidad delirante o alucinatoria y preguntar de forma abierta por estas experiencias, al tiempo que se informa o se recuerda al usuario de las características de la enfermedad. De este modo se le ayuda al paciente al elaborar sus experiencias en términos aceptados socialmente. Algo que considero fundamental es la importancia del contacto físico monitor-usuario para aliviar los estados de ansiedad. Incluso una monitora nos ha informado de los beneficios de, por ejemplo, tocar el hombro, en el caso de un usuario en estado delirante. Sobre este aspecto volveremos más tarde. Estas interacciones se desarrollan en múltiples espacios y en momentos muy diversos. Por ejemplo, lugares privados como las habitaciones de los usuarios o los despachos de los monitores, hasta en el salón de la CH. No hemos observado un momento especial en que acontezcan estas interacciones más que en otros.

6.3.4. Episodios relacionados con interacciones en situaciones de ocio (FI 4)

Como hemos dicho este formato interactivo está relacionado con episodios descritos como alejados de las rutinas diarias, los cuales en muchos casos se desarrollan fuera de las Casas Hogares. Nos estamos refiriendo a conversaciones tras las comidas o la merienda con uno o varios usuarios en el salón de la casa o a excursiones, visitas y vacaciones. Cuatro monitores han relatado algunos de estos episodios. Aprovechemos algunos extractos relacionados con este formato interactivo para describirlo.

E40.M6.97

- 1 **M:** [las conversaciones] de fútbol con M. o por ejemplo de J.Ch sobre el
2 campo.
3 **I:** *¿en qué sitio se suelen dar esas conversaciones? (.)*
4 **M:** esas conversaciones uhm: siempre se dan abajo (.)entre merienda y cena, entre las seis
5 y nueve (-) y siempre las conversaciones que tengo con algunos de ellos pues mira, que
6 realmente son (-) muchas son entretenidas, entretenidas, más de lo que te puedes imaginar
7 y: pues eso son (.) muchas veces hablamos de fútbol, además quien (.) [--] quien,
8 cualquiera que no los conoces... hablar con enfermos mentales... se creen que no tienen
9 una conversación lógica y que deliran contestamente pero que los hay que no, por ejemplo
10 con J.Ch hablamos de, la zona donde él era veterinario, [----] la finca de no se qué, que el
11 iba a pescar muchas veces, tú sabes que es un tema me gusta mucho, o con J.M cuando
12 él estuvo en la marina, me gusta, me gusta la charla con esta gente, entonces pues
13 hablamos de cosas muy entretenidas con ellos, puedes hablar de cosas muy entretenías o
14 con M. de fútbol que discrepamos siempre, pero me da igual (.)

Vemos que el monitor nos remite a un tipo de encuentro muy particular con algunos usuarios. Estas conversaciones están alejadas de temáticas relacionadas con la enfermedad y las rutinas diarias: “hablamos de fútbol”, “pesca”, etc. El monitor sitúa exactamente el intervalo en que se producen: “entre la merienda y cena, entre las seis y nueve” (L4). Además “siempre se dan abajo”. Es decir, teniendo en cuenta la Casa Hogar a la que pertenece el monitor, se está refiriendo al salón de la Casa Hogar. El salón de esta Casa Hogar es muy grande, hay diversos espacios para el tiempo libre y está anexo al comedor. El monitor valora positivamente estas conversaciones, repite en varias ocasiones que habla de cuestiones “entretenidas” (L13). Adelantemos un extracto de este monitor donde se explicita en términos más afectivos y personales esta valoración positiva.

E41.M6.125

- 1 **M:** pero, pero me gusta, me gusta, y lo que más me gusta del mundo, lo que pasa es

2 que es más esporádico, cuando a lo mejor voy abajo nos juntamos cinco hablando de
3 un tema (.) no es tan raro como una o dos veces al año pero no es tanto como la
4 anterior (.)

En este extracto también observamos como el monitor señala que lo que más le gusta “del mundo” son las conversaciones con diversos usuarios. Estas conversaciones en grupo son muy interesantes porque posibilitan al monitor, además de fomentar las relaciones usuario-usuario, las cuales muchas veces son muy escasas, modelar la conversación entre éstos. Es decir, aprovechar el momento para intentar aumentar las habilidades comunicativas de los usuarios.

Volvamos a E40. Dos aspectos me gustaría señalar de este extracto. Lo primero que quiero destacar es la reflexión del monitor sobre lo que “cree” la gente de los enfermos mentales: “se creen que no tienen una conversación lógica y que deliran constantemente” (L8). El monitor refuta uno de los rasgos más importante del estigma del enfermo mental gracias su experiencia práctica: “pero aquí los hay que...”. De este modo contra-argumenta la idea de que una persona que padece una enfermedad mental no puede ser un interlocutor válido, con el cual poder disfrutar. Otro aspecto a destacar es que, como se puede leer al final del extracto, gran parte de los contenidos de estas conversaciones son “autobiográficos”. Además, en estas conversaciones existe una casi total simetría entre monitor-usuario. El género discursivo que domina en estos encuentros es el de la conversación amistosa entre dos amigos. Al contrario que en otros formatos en los que los monitores se posicionan en una jerarquía superior, por ejemplo algunos formatos relacionados con problemas psicológicos de los usuarios, algunas “rutinas darías” o incluso formatos en los que los usuarios intentan subvertir el orden establecido de posicionamientos (“Demandas”), en estas interacciones no hay ningún tipo de conflictos. Veamos otro extracto del mismo monitor.

E42.M6.113

1 **I:** y, ¿quién las inicia? por ejemplo ¿bajas tú y? ¿o ellos?

2 **M:** generalmente yo uhm: también depende de quien (.) con J.Ch generalmente las inicia
3 él, porque (.) no sé si conoces bien a J.Ch (.)

4 **I:** sí, sí.

5 **M:** Es una persona que necesita, muchas demandas de atención, es muy celoso de nuestra
6 [---], entonces yo creo que es una forma de acaparar mi atención, y, y: yo te digo igual
7 que con E. yo creo que también eso es mi trabajo ¿no? seguirle, y me siento con él un
8 montón, y empiezo a preguntarle (.) umh: (.) he tenido mis problemas, por ejemplo con
9 este usuario, porque muchas veces confunde ya alguna cosa como para, para intentar
10 hacer la consulta del psiquiatra conmigo, entonces yo no tengo ni voz ni voto, ni

11 entiendo, (.) eso es tu psiquiatra, yo no te puedo ayudar en eso (.)

En este extracto el profesional nos informa que generalmente es él el que promueve la interacción, aunque nos comenta que hay cierta diversidad dependiendo del usuario. Como en el extracto anterior nos habla de distintos usuarios. A un usuario, el cual suele buscar a los monitores, se le califica como “demandante de atención”. Como hemos dicho anteriormente, éste es un concepto esencial en el discurso de los monitores. Incluso es calificado con el adjetivo de “celoso”. Un adjetivo que soporta connotaciones emocionales muy grandes. El concepto de “demanda de atención” presenta distintas acepciones que trataremos más adelante. Aquí comento simplemente que en este contexto sugiere una especie de “dependencia emocional” de los monitores que impulsa al usuario a buscar constantemente la compañía de éstos. Sin embargo, el monitor, afirma que considera y acepta esa conducta del usuario como parte de su trabajo. El monitor nos deja entrever, al contrario de lo que deducimos de los posicionamiento de algunos monitores en otros episodios, que no tiene porqué quejarse. Hasta tal punto, que es este profesional el que “lo sigue”, se sienta con él y le pregunta un “montón”. El monitor nos señala un aspecto que considera problemático: comentarios relacionados con su enfermedad. La estrategia de este monitor es derivar directamente al profesional clínico porque él “yo no tengo ni voz ni voto, ni entiendo” (L10). El monitor suspende radicalmente el contacto comunicativo con el usuario cuando aparecen contenidos relacionados con la enfermedad. Recordamos que otros profesionales derivaban el contenido de la conversación a otros contextos y temáticas cuando los pacientes expresaban preocupación por síntomas o, simplemente, los externalizaban. En este caso, el monitor es más radical. Simplemente se posiciona como incompetente en esos temas y deja al usuario dos opciones: o abandona esa temática o se acaba la conversación.

A continuación dos extractos en los que dos monitoras nos comentan algunos de los contenidos de sus conversaciones con los usuarios en momentos de ocio. El primer extracto hace referencias a las vacaciones de los usuarios y la segunda a las salidas o excursiones de los usuarios en la ciudad.

E43.M5.357

1 **I:** *y por ejemplo ¿qué cosas son esas que te cuentan? Supongo que*

2 *cosas más personales (.)*

3 **M:** *sí pues te cuentan más cómo se sienten, te cuentan muchas cosas que han vivido*

4 antes de empezar con la enfermedad eh: con sus familias, con sus primos, con sus
 5 hermanos o cosas que hacían de pequeños pues yo cuando iba de chico a la playa
 6 pues hacíamos no que sé o a mí me encantaba bañarme o <imita la voz, más agudo>>
 7 o un, te cuentan cosas más de la vida diaria, de la vida anterior, o de cómo se sienten
 (2.0)

E44.M3.221

1 **M:** pero luego tenemos un periodo de esparcimiento y siempre pues
 2 hombre ellos pueden llegar ya a lo que es al momento de esparcimientos pues más
 3 cansados, están más relajados se toman su café (.) le hacemos preguntas sobre (-) la
 4 excursión y la verdad es que (-) yo pienso que generalmente le vienen bien a casi
 5 todos, el tema de las salidas, la ocupación y de (-) y es que eso (.) tú sabes que (.)

En E43 la monitora nos confirma que en el periodo de vacaciones los usuarios comentan más aspectos sobre su autobiografía, su vida diaria, o incluso, que suelen hablar más sobre sus sentimientos. Las vacaciones son salidas de los usuarios acompañados de un grupo de profesionales de aproximadamente una semana generalmente a la costa. Los usuarios y monitoras se alojan en residencias turísticas de la Junta de Andalucía. En el extracto E44 se nos indica otra temática conversacional. La monitora nos indica que se les pregunta a los usuarios sobre la excursión. De este modo, los monitores mediante preguntas van andamiando el relato de los usuarios sobre experiencias recientes.

No siempre la participación en actividades fuera del entorno de la Casa Hogar es iniciada por los usuarios espontáneamente. En muchas ocasiones son los monitores los que presionan y persuaden a los usuarios para que salgan del recurso. Veamos un ejemplo.

E45.M2.136

1 **M:** [...] claro después de todos los años que llevamos con esa dinámica y yo les digo
 2 señores es domingo hay que ir a misa a la Iglesia <da unas palmadas>> y bueno les
 3 cuento las (.) lo positivo que tiene ir a la Iglesia, que si hay gente, si se da un paseo, si
 4 allí dan ostias y en la tele no y todas esas cosas (.) claro la comunión especialmente
 5 para uno claro si a vosotros os gusta la comunión y todo eso pues allí lo tenéis (.)
 6 **I:** *y cuando vuelven [¿qué: ?]*
 7 **M:** [No] si una vez que arrancan del sofá ellos ya se van contentos ¡eh!
 8 **I:** *y vuelven ¿y tú les preguntas o ellos te cuentan?*
 9 **M:** claro y digo y ¿qué tal? y ¿había mucha gente? Y entonces algunos por motu
 10 propio pues ya (.) uno para esas cosas es más (.) calladito (.) pero el que ha estado en
 11 el manicomio mucho tiempo por motu propio pues ya cuenta muchas cosas, pues he
 12 comulgado, pues he confesado pues le he dicho al cura que (-) a lo mejor que me he
 13 enfadao (.)

Vemos en este extracto dos momentos claramente diferenciados. En primer lugar, el esfuerzo persuasivo de la monitora por convencer a los usuarios de que vayan a misa. Aprovechando el interés de los usuarios por la misa en televisión la monitora intenta que asistan a una en directo. Para convencerlos compara las diferencias entre presenciar virtualmente una misa a participar en ésta en directo. El esfuerzo argumentativo no excluye el recurso a la autoridad como medio de presión mediante ordenes claras y concisas: “señores es domingo hay que ir a misa a la Iglesia <da unas palmadas>>” (L2). En un segundo momento, observamos de nuevo como la monitora pregunta a los usuarios sobre su experiencia y motiva un relato de ésta. Comprobamos como este formato interactivo no concluye cuando se termina la visita o la excursión, en todas las ocasiones tras la salida existe un encuentro con los monitores en el que se promueve la elaboración de la experiencia de los usuarios mediante preguntas.

En el siguiente extracto la monitora nos explicita uno de objetivos concretos con estos dos usuarios.

E46.M2.159

1 **M:** Pues uno de los objetivos a lograr con estas dos personas (.) pues eso que
 2 hagan más actividades de ocio porque ya están apuntados a las actividades de (.) van a
 3 la URA dos veces por semana pero a parte de eso es sofá todo el día, y si no es sofá
 4 entonces cama, entonces es eso insistirle para que salga o algo así, que se tomen algo
 5 así (.) hay uno que sí sale se toma un vaso de leche y a los dos minutos está fuera.

Algunos monitores comentan los beneficios que aportan a los usuarios las salidas de carácter extraordinario y las vacaciones. Veamos cómo se transforman los usuarios en las vacaciones según una monitora.

E47. M6.31

1 **I:** *¿qué, qué tipo de interacciones distintas, muy distintas se establecen en eso, en*
 2 *unas las vacaciones? (.) O si es un [tipo]*
 3 **M:** [totalmente] diferente, totalmente diferente esto (1.0) nosotros hablamos mucho
 4 entre los monitores decimos que es como darle la vida ¿no? (.) o sea situaciones de la
 5 vida diaria, la rutina diarias (1.0) y actuaciones diarias que tienen en la casa uhm: es
 6 como si cambiaran completamente uhm: les cambias el escenario y cambian
 7 completamente de actitud (-) pues: (.) desde: pasar de persona que suelen estar más
 8 retraídas, a hacer actividades, a ser superparticipativos, personas que en la casa
 9 generalmente son conflictivas (-) cuando están de vacaciones son sociables (1.0) se
 10 relacionan con los demás (.) no suelen separarse de los monitores [...]

La monitora nos indica que los usuarios en las vacaciones son “superparticipativos”, “sociables” (L8 y L10) y que no “suelen separarse de los

monitores” (L10). Esta última característica del comportamiento de los usuarios es señalada de forma positiva. Pero en otros contextos, por ejemplo dentro de la “Casa Hogar”, podría ser denominada como “demanda de atención”. Recordemos E42. Esta sutil diferencia nos sugiere que el cambio de entorno no sólo transforma a los usuarios, sino que cambia la perspectiva de los monitores. Veamos como la misma monitora sigue comentando esta mejora del comportamiento de los usuarios en las vacaciones.

E48.M5.334

- 1 **M:** [...] los sacas cinco días del recurso y: y: les apetece hacer todo se apuntan a todo,
 2 se divierten con todo, disfrutan con todo, son mucho menos exigentes (2.0) con: las
 3 cosas por ejemplo, de ¡dame un cigarro! ¡dame dinero! ¡quiero salir! ¡quiero hacer...!
 4 las llamadas de atención no van [por esas]
 5 **I:** [no van por ahí]
 6 **M:** no van por ahí
 7 **I:** ¿por dónde van? Por...
 8 **M:** es que no hay llamadas de atención, generalmente no hay llamadas de atención o
 9 sea es todos estamos con todos y vamos a pasárnoslo bien ¿no? y todos se divierten,
 10 todos: quieren hacer cosas, todos se ayudan unos a otros (1.0) y no hay llamadas de
 11 atención ni hacia los monitores ni hacia el resto de los compañeros (2.0) por lo
 12 menos dentro de nuestro recurso ¿no? (-) que suelen ser muy independientes
 13 **I:** *independientes*
 14 **M:** en el momento que están fuera es como que se hacen una piña ¿no? se sienten
 15 como muy colectivo, muy amigos, y: ya después cuando vuelven a la casa eso ya se
 16 diluye otra vez vuelven cada uno a su rutina y a su historia (.)

En el anterior extracto la misma monitora utiliza un vocabulario con términos más emocionales, además los rasgos conversacionales de su intervención indican mayor activación. El efecto de las vacaciones parece de carácter milagroso. Son muy interesantes dos momentos de la intervención de la monitora. La monitora nos dice en la tercera línea que las “llamadas de atención” “no van” en la misma dirección que en el interior de la Casa Hogar. Ante la pregunta de qué tipo de “llamadas de atención” se dan en las vacaciones, la monitora nos responde que ni siquiera hay “llamadas de atención” (L6, 7 y 8). Hemos visto hasta ahora cuatro tipos de “llamadas de atención”. Las dos primeras referidas al incumplimiento de las normas y a algunos síntomas psicossomáticos como la falta de oxígeno (E28). También ha sido definida la demanda de atención como la búsqueda constante de los monitores (E42). Por último, tenemos las “llamadas de atención” relacionadas con lo que hemos denominado formato interactivo de “demandas”. La monitora iguala la ausencia de llamadas de atención con “o sea es que todos estamos con todos y vamos a pasárnoslo bien ¿no? y todos se divierten, todos: quieren hacer cosas, todos se ayudan unos a otros”. Lo cual supone semejar la ausencia

de las llamadas de atención con una situación idílica que difícilmente puede reflejar una realidad de carácter prolongado. Hasta ahora todas las conductas que son valoradas negativamente por los monitores en los episodios, ya sean porque amenazan su estatus, porque se encuentren sin recursos para afrontarlos, o porque implique un alto grado de estrés, se han definido como “llamadas de atención”. La complejidad de este concepto se muestra en la, por lo menos, aparente contradicción semántica al final del extracto, entre ser “independientes” y “hacerse una piña”. La monitora afirma que no hay “llamadas de atención” y que los usuarios son más “independientes”, para inmediatamente decir que “en el momento que están fuera es como que se hacen una piña ¿no? se sienten como muy colectivo, muy amigos” (L14-16). Veamos otros dos extractos de otra monitora que van en la misma línea.

E49.M3.175

1 **M:** tengo que pensar un poco (15.0) el mismo usuario P.G cuando tenemos
2 una salida, alguna visita, una excursión, pues se transforma, se transforma, de repente
3 se vuelve pausado, comunicador, participativo, uhm, canta, es que le cambia hasta la
4 expresión en la cara, ¿sabes? es increíble eh (.) habla con los compañeros, cosa que
5 aquí [no, las relaciones] que tiene (.)

E50. M3.188

1 **M:** la semana pasada estuvimos con J.M.R que es una persona que tiene unas (1.0)
2 limitaciones físicas [-----] que prácticamente no va a las puertas del ambulatorio (-) y
3 el otro día fuimos al museo arqueológico y es que, mira, eh, bajamos en taxi en la
4 avenida de las delicias, en el museo de las delicias, hizo todo el trayecto poquito a
5 poco, pero hizo todo el trayecto hasta la plaza de América, hasta el museo, hizo todo
6 el recorrido con el andador, no se quejó ni una sola vez, luego participando
7 muchísimo también, a la vuelta, es que no se paro a descansar ni un sólo momento
8 ¿no? [...]

Esta monitora comenta los cambios extraordinarios en los usuarios cuando se realizan salidas: “pues se transforma, se transforma, de repente se vuelve pausado, comunicador, participativo, uhm, canta, es que le cambia hasta la expresión en la cara” (E49:L2). La misma monitora denomina estas transformaciones como increíbles (L4). En el siguiente extracto, E50, la monitora comenta incluso mejoras a nivel físico de los usuarios. Es reseñable que la monitora comenta estos aspectos con gran excitación y posicionándose como sorprendida por estas mejoras.

Resumamos las características principales de este formato interactivo. Lo primero que podemos decir es que es valorado muy positivamente por todos los monitores y monitoras. Las actividades de ocio, especialmente las vacaciones, se

definen como contextos con propiedades casi milagrosas. Prácticamente logran transformar a los usuarios. Tanto es así, que este formato interactivo, está libre de “llamadas de atención”. Las actividades de ocio y tiempo libre, de este modo, se describen como la medicina ideal para todos los problemas. Los monitores expresan que disfrutan y se divierten en estos formatos. También se reduce la asimetría entre monitora y usuario. Sin embargo, no siempre es así. A veces, los monitores utilizan su estatus superior para persuadir y presionar a los usuarios a que salgan y realicen actividades. Parece ser, que existe una inercia especial en algunos usuarios a la inactividad y la pasividad. Como todos sabemos los síntomas negativos en la esquizofrenia son en muchas ocasiones los más incapacitantes. Las actividades de ocio y tiempo libre son experiencias especialmente indicadas para narrar, puesto que tienen un carácter no canónico (Bruner, 1991). Esta oportunidad es aprovechada por los monitores, quienes inmediatamente después de las salidas, o algunas visitas, preguntan y comentan con los usuarios sus experiencias. En ocasiones, incluso estas actividades son el marco donde se conversa sobre aspectos autobiográficos de los usuarios. Las actividades de ocio, especialmente fuera de la CH, son los espacios que se consideran como los más beneficiosos para los usuarios, según los monitores, hasta el punto de ser consideradas extraordinarias. Así, no resulta extraño que una de las quejas de los monitores es no tener recursos ni tiempo de “sacar a los usuarios de la casa” (E14).

A parte de la posible sobrevaloración terapéutica de estas actividades resulta evidente que el cambio de contexto interactivo mejora la relación monitores-usuarios. No sólo es que otros contextos facilitan interacciones que dentro de la rutina diaria de la “Casa Hogar” son infrecuentes, sino que, probablemente, la interpretación de los monitores de algunas conductas de los usuarios cambie; por ejemplo, respecto a la conducta de “no separarse” de los monitores. Esto puede provocar una transformación general de las relaciones. Es necesario tener en cuenta, que una parte importante de las tareas realizadas dentro de la “Casa Hogar” son, como hemos visto, asistenciales o de contención y en las cuales la capacidad de resistencia de la que disfrute el monitor decide, en muchos casos, el resultado de la tarea. Al contrario, las actividades de ocio y tiempo libre son acciones más proactivas, dirigida al futuro y requieren otro tipo de habilidades, por ejemplo habilidades organizativas. Podríamos decir que en las actividades de ocio y tiempo libre los monitores tienen la sensación de estar haciendo algo por ellos mismos. Además, son actividades que son más fácilmente evaluables y

con un resultado muy apreciable. Sin lugar a dudas, todo ello logra que crezca su autoestima como profesionales.

6.3.5 Episodios relacionados con conductas disruptivas de los usuarios (FI 5)

Cinco monitores, la mitad de la muestra, nos relatan episodios relacionados con este formato. Aunque todos ellos califican los episodios como muy raros. Como hemos dicho, las conductas disruptivas pueden considerarse como conductas inapropiadas por parte de los usuarios, que no están claramente relacionadas con la enfermedad o con algunos de sus síntomas, por lo menos en un principio, y que afectan a la convivencia dentro de la “Casa Hogar”. Veamos un ejemplo.

E51.M8.115

- 1 **I:** *si quieres, no tiene porque ser solamente de un usuario, que si hay,*
 2 *que haya tres, con distintos usuarios pero que tú las puedas agrupar, darle un orden*
 3 *pues también... (1.0)*
 4 **M:** hombre una persona nueva (.) que a lo mejor que alguno que se ponga más
 5 alterado de la cuenta ¿no? que de algún grito (.)
 6 **I:** *una: [una:]*
 7 **M:** [lo que] pasa un poco con A.D ¿no? pasó que (.) ¿qué fue lo que le pasó a a.
 8 exactamente? (1.0) pues fue que sin venir a cuento, pasábamos los monitores por al
 9 lado y empezó a gritar ¡ah! ¡que la voy a matar! la voy a coger por el cuello <imita la
 10 voz>> eso hablando de su hermana <hace énfasis>> porque se le vino el recuerdo
 11 de: de su casa y la historia de que su hermana se había quedado con su casa y fue un
 12 momento de: ponerse muy rojo, levantarse y ponerse un poco amenazante incluso
 13 con nosotros y eso es verdad que en a. es raro [...] yo se la había visto alguna vez
 14 que no se quería duchar pero muy de cuando en cuando ¿no? (2.0) y eso al final pues
 15 la resolvimos (.) pues todo el mundo acudió, todo el personal de la casa hogar (1.0)
 16 yo creo que ya se bajó cuando vio a tanta gente ya empezó pues a hablar a decir pues
 17 que eso que estaba preocupado por las cosas que tenía, que quería ver sus cosas (.) y
 18 que quería saber (.)

La monitora nos relata un episodio de agresión verbal de un usuario. La característica del episodio que es más remarcada por la monitora es su arbitrariedad, su carácter casual: “sin venir a cuento”, “pasábamos por al lado”, “fue un momento de...” (L8 y 9). El carácter imprevisible de las conductas disruptivas es una de las cuestiones más importantes y controvertidas. La razón es sencilla. La dificultad para prever ciertas conductas es una fuente de estrés evidente. Como veremos más tarde, mientras algunos monitores indican que es posible prever conductas disruptivas y tomar algunas medidas preventivas, otros nos señalan que es imposible o muy difícil hacerlo y que la sorpresa es un rasgo básico de estos episodios. Incluso, algunos monitores mantienen posturas contradictorias al respecto en las entrevistas. Posteriormente (L10 y L11), la monitora

nos informa en el mismo extracto la causa de la conducta: se acordó de la historia de que su hermana se había quedado su casa. La monitora describe una dimensión verbal y otra no verbal de la conducta del usuario. El usuario empezó a gritar “Que la voy a matar, la voy a coger por el cuello” (L9) y se pone “muy rojo, levantarse y ponerse un poco amenazante incluso con nosotros” (L12). La reacción del conjunto de monitores fue el acudir al lugar del incidente. La monitora afirma que la sola presencia de las profesionales “bajó” al usuario. Por lo tanto, podemos decir que, según la monitora, el número de profesionales intimidó al usuario y lo conminó a explicar su reacción: “pues que eso que estaba preocupado por las cosas que tenía, que quería ver sus cosas (.) y que quería saber...”. El apoyo personal, la presencia física del máximo número de profesionales en las situaciones de conflicto es uno de los recursos esenciales en el afrontamiento de las conductas disruptivas. Por una parte funciona como instrumento de intimidación, pero también es necesario el apoyo de varios profesionales para controlar la reacción de otros usuarios que se encuentren en el entorno donde surge el conflicto y para llamar a los servicios sanitarios y a la policía si fuera necesario. Veamos a continuación dos extractos seguidos de otro monitor.

E52.M1.126

1 **P:** [...] se suele dar a lo mejor cuando eh: cuando sales a tomar algo
 2 ¿no? sales a algún sitio y claro eh: siempre intentas que los comportamientos sean
 3 correctos para que, para que el entorno acepten a los usuarios y no, y no le pongan
 4 trabas a la hora de entrar en los sitios públicos y entonces, ¿no? (.) y entonces son
 5 situaciones que se suelen dar cuando salimos a lo mejor en grupo, salimos, salimos
 6 varios y, y alguno tenga un comportamiento agresivo porque se cabreé en un
 7 momento dado, agresión contra las cosas ¿no? coja una silla (.) la tira al suelo o rompa
 8 algo en el bar o en el sitio que esté, y ese tipo de cosas se suele dar (.) con esa
 9 frecuencia a lo mejor, eso nos suele pasar una vez al año un par de veces al año, una
 10 cosa así con algún usuario en concreto (.)

E53.M1.139

1 **I:** ¿qué decimos o qué nos dice?
 2 **M:** como conocemos al usuario ya llevamos varios años llevamos trabajando con
 3 ellos, sabemos, sabemos, eh: sabemos cómo nos podemos acercar a él, lo normal es
 4 que le digamos que no haga eso, que hagamos el intento y lo que hacemos es sujetarlo
 5 ¿cómo lo podemos sujetar? (.) físicamente y es lo que hacemos (.) sujetarlo
 6 físicamente
 7 **I:** si se le conoce claro se puede intervenir un poquitín antes que, antes de, se le
 8 puede ir viendo que::
 9 **M:** Sí pero nunca [la reacción es], aunque se le vaya viendo
 10 **I:** [es previsible]
 11 **M:** aunque se le vaya viendo no es [previsible] que haga eso o cualquier otra cosa

12 diferente ¿no? no es demasiado previsible la reacción (.)

Los dos últimos extractos nos describen uno de los episodios de conductas disruptivas más difíciles de resolver. Conductas disruptivas fuera de las paredes de la “Casa Hogar”, en concreto, en las salidas de ocio y tiempo libre. Resulta evidente que una conducta agresiva fuera de la “Casa Hogar” es mucho más difícil de afrontar por varios motivos. Los recursos humanos para controlar la situación son menores. Generalmente, al menos un monitor debe quedarse en la “Casa Hogar”, por lo que es posible que un monitor salga a la calle con cinco, seis o siete usuarios. Por otra parte, es más difícil controlar la reacción del resto de usuarios y, además, es necesario tener en cuenta a los ciudadanos que pueden verse afectados por la conducta y mediar entre éstos y los usuarios. En E53 nos describe el monitor las estrategias para controlar estas conductas. Es muy interesante el comentario del monitor referido a la acción de “acercarse” al usuario. Lo primero que afirma el monitor es que con los años ya “sabemos cómo nos podemos acercar” (L3) a un usuario en concreto. Probablemente ese sea uno de los aprendizajes esenciales en el trabajo con los usuarios. Hay usuarios con los cuales está completamente contraindicado tocarlos, otros acercarse por la espalda, otros mirar fijamente a los ojos, la distancia en la cual establecer una conversación puede diferir de un usuario a otro. En definitiva, los aspectos proxémicos son de vital importancia para entablar una interacción con cualquier persona, pero para trabajar con personas que padecen trastornos mentales graves estos aspectos son esenciales. Por lo tanto, en un episodio de conducta disruptiva, lo primero que es necesario tener claro, si no se quiere agravar la situación, es cómo acercarse a un usuario en concreto. Una forma adecuada de acercarse, de situarse en el espacio del usuario, puede resolver una situación conflictiva. Aparte de las intervenciones verbales como “no hagas eso”, la otra opción es sujetarlo físicamente. Este monitor parece no esperar muchos éxitos de las intervenciones verbales puesto que se refiere a estas acciones diciendo que lo “normal es que hagamos el intento”, para posteriormente proseguir “y lo que hacemos es sujetarlo”. La diferencia entre el uso del presente de subjuntivo “hagamos” referido a las intervenciones verbales y el presente de indicativo “hacemos” en las intervenciones físicas refuerza la connotación de que la intervención habitual y determinante es la física. Al final, en E53 el monitor nos dice que nunca la reacción de un usuario es previsible en estos casos. El carácter imprevisible de las

conductas disruptivas es de nuevo reiterado por este monitor. A continuación se puede leer otro extracto del mismo monitor relacionado con la relación de los ciudadanos con los usuarios.

E54.M1.163

- 1 **I:** *y la gente de alrededor, la gente de la calle ¿cómo reacciona?*
 2 **M:** bueno, la gente de la calle, eh: por ejemplo en, en el recurso nuestro eh: a los que
 3 ya llevan varios años allí (-) pues si van con, con acompañado se sienten más
 4 tranquilos, además se nota ¿no? y si van solos, pues ya ult (.) lo que hacen es no
 5 dejarles entrar, en la mayoría de los sitios no los dejan entrar (-) [...] pero de los que
 6 suelen salir en el recurso nuestro, que estén bien integrado, que a la gente no, no, no le
 7 molesten que éste, que entre, o que esté mucho tiempo en ese sitio tres o cuatro (.)

Este monitor afirma que tan sólo tres o cuatro usuarios son bien recibidos sin acompañamiento profesional en la comunidad. A algunos de los usuarios no se les permite entrar en algunos establecimientos según el monitor. Sin lugar a dudas, son estas conductas disruptivas las que más negativamente influyen en la imagen de los usuarios aunque como hemos vistos sean muy esporádicas. A continuación analizaremos tres extractos de un mismo episodio pertenecientes a dos monitoras distintas.

E55.M9.172

- 1 **M:** entonces, que sucede, eso fue a raíz de... él cogió, cogió su dinero
 2 se fue de la casa y se fue a Málaga, que es de Málaga, no sé de qué pueblo es, no sé de
 3 qué pueblo es, entonces cogió y se fue y qué pasó que cuando vino ya se había
 4 gastado todo el dinero y ya tuvimos, no nos dijo donde había ido y eso ha pasado, ha
 5 sido [extraño]

E56.M9.185

- 1 **M:** llamaron (.) se pusieron en contacto con nosotros (.) entonces se
 2 vino en el autobús porque él estaba muy bien (1.0) él, en principio querían que fueran
 3 a recoger pero vamos él iba muy bien y entonces pues se le recogió y vino y a unos
 4 cuantos de días dice a ver si me muero de hambre que no voy a comer <imita la voz>>
 5 (1.0) y entonces se le ingresó [---] (.) pero vamos estuvo allí muy pocos días (.)

E57.M7.209

- 1 **I:** *y él ¿acepta el ingreso?*
 2 **M:** No, llevarme al hospital porque es que me voy a matar y me voy a matar no
 3 comiendo (2.0) la única manera es no comiendo (1.0) y entonces se le lleva al hospital
 4 se le dice que ha pasao, todo lo que ha conllevado antes el ingreso (1.0) y yo creo que
 5 esta ha [sido una de las cosas]
 6 **I:** *volvió bien ¿no? (-)*
 7 **M:** estupendamente (.) está volviendo a hacer trapicheo pero como eso no va a
 8 cambiar (.) Pero o creo una de las cosas que más me han [impactado]

En estos extractos se relata el abandono de la Casa Hogar por parte de un usuario. Recordamos que las “Casas Hogares” son recursos abiertos y que la entrada y salida de los usuarios no está completamente controlada. En este caso estamos hablando de una salida no programada y ni siquiera anunciada por el usuario. El usuario acudió a los servicios sanitarios cuando se le acabó el dinero y éstos se pusieron en contacto con la “Casa Hogar” para su regreso. La segunda parte del episodio consiste en la amenaza de huelga de hambre y en el internamiento voluntario del usuario. De hecho, es el usuario quien pide el ingreso: “llevarme al hospital”. Este episodio está relacionado indirectamente con los suicidios. Ningún episodio relatado por los monitores nos ha descrito un intento de suicidio. Sin embargo éstos, a veces, acontecen. En cualquier caso el usuario muestra en este episodio cierta capacidad de regulación al avisar de sus intenciones y reclamar él mismo el ingreso. Al contrario de los voluntarios, los ingresos involuntarios son muy conflictivos y requieren la intervención de gran cantidad de profesionales: servicios sanitarios, policía y en última instancia el juez.

Para terminar ofrecemos un largo extracto de una monitora donde nos explica detenidamente cuáles son las estrategias y las técnicas de afrontamiento de las conductas disruptivas más graves.

E58.M5.263

1 **I:** *y no sé describe brevemente la:*

2 **M:** a ver, por ejemplo la situación de, la interacción de la agresión (3.0) normalmente
 3 uhm: la vemos venir, no suelen ser agresivos así de golpe y porrazo (-) la experiencia
 4 te dice que: el cambio de actitud, de comportamiento uhm: dejan de comer o comen
 5 en exceso, dejan de, su aseo personal y su aspecto personal entonces te van dando
 6 indicios de que esa persona empieza a tener una cierta descompensación (2.0) se suele
 7 actuar rápidamente acudiendo al psiquiatra o a los, al equipo de salud o a las unidades
 8 de agudos si vemos que la cosa es muy rápida (2.0) pero si nos da: nos da: la (-)
 9 posibilidad (.) de: ver venir cuando la agresión se va hacer efectiva ¿no? además
 10 empiezan a focalizar en una persona concreta y entonces sabes que antes o después
 11 va a haber algo que va hacerle saltar y va desencadenar una agresión (1.0) cuando la
 12 agresión se produce, bueno normalmente si esa situación la tenemos a la vista
 13 solemos estar más pendiente de esa persona ¿no? y solemos estar muy, cerca de ese
 14 entorno no la solemos dejar aislada en su habitación, cuando está en zonas comunes
 15 siempre hay un monitor que está más cercano un poco para hacerle barrera ¿no? para
 16 hacer barrera porque yo en diez años que llevo trabajando no he tenido ninguna
 17 agresión a mí directamente, sí verbal, y situaciones: violentas en las que he tenido
 18 que intervenir de manera violenta (1.0) vamos violenta entre comillas ¿no?

19 **I:** *sí, te entiendo, utilizando un poco la fuerza*

20 **M:** sí, o reducir o incluso tener que levantar el tono de voz para conseguir calmando,
 21 pero físicamente a mí nunca me han agredido y he estado en medio varias muchas y
 22 también ellos saben hasta donde pueden llegar y el respeto que tienen que tener a los
 23 monitores es (1.0) es muy importante porque trae consecuencias como la salida del

24 recurso ¿no? entonces ellos se cortan mucho y miden muy mucho (-) la actuación de
 25 agresión hacia un monitor (.) suele ser entre ellos (1.0) entonces si ves que la cosa
 26 empieza a subirse de tono normalmente intervienes ¿qué es lo que pasa? vamos a ver
 27 la persona contra la que, contra la que arremete que empieza la agresión verbal pues
 28 intenta apartarlo y decirle vente conmigo vamos a quitarnos de en medio, en este
 29 momento no está bien, lleva unos días, yo planteo la situación tal como es, no
 30 escondo a los otros usuarios que, porque (-) tienen una enfermedad mental pero de
 31 tontos no tienen un pelo, entonces yo no le escondo a nadie, oye es que éste, no, mira
 32 está mal (.) lleva unos días (.) lo estamos viendo todos que está mal, que está más
 33 agresivo, que está más decaído o que está más, y está deseando uhn: salt, estallar,
 34 quítate de en medio porque la va a pagar contigo (.) entonces generalmente los otros
 35 usuarios se suelen quitar de en medio porque: saben como termina la situación ¿no?
 36 (.) y porque ellos incluso la viven [----] cuando están aquí y: generalmente si el
 37 conflicto va a más eh: pues intervienes con ellos pues eh: apartándolos del resto del
 38 grupo intentado aislarlo en su habitación (-) o en el espacio de los monitores (.)
 39 normalmente no se interviene sólo se suele intervenir con los compañeros (1.0) y
 40 normalmente lo aísla, los separa (.) del resto de los compañeros para evitar que el
 41 mal ambiente se (.)
 42 **I:** *se expanda*
 43 **M:** se expanda por el resto de los usuarios ¿no? si en este momento, si en ese
 44 momento con una conversación (.) puedes intentar (.) aplacarlo, vale, si en ese
 45 momento no hay manera generalmente yo lo llevo a su habitación y cuando te
 46 calmes sales y te quedas en la puerta intenta relajarte (-) hablas, hay veces que
 47 funciona subir tú el tono ¿no? cuando ellos ven que alguien está por encima de ellos
 48 eh: se suelen venir abajo (.) y: y: si tengo que echar una bronca pues se la echo y en
 49 más de una ocasión me he visto pues teniendo que reducir a alguien o bien contra la
 50 pared o bien en el suelo (.) inmovilizarlo (-) y si la cosa es muy, muy, muy grave
 51 pues entonces llamas a los servicios: de: (-) urgencias viene el médico de urgencia
 52 con una ambulancia y la policía (.) nunca entran solos se esperan en la puerta y
 53 entran los tres colectivos juntos (2.0) generalmente se suele tener esa persona ya
 54 aislada (2.0) y actúa el médico ¿no? con algún tipo de inyectable que lo: lo controle
 55 (.) y después pues se le lleva con la ambulancia (.) al hospital (.)

Lo primero que nos indica esta monitora es que las agresiones no son imprevisibles. La monitora nos dice que éstas no se dan “a golpe y porrazo”. De la línea 1 a la 6 la monitora nos ofrece una amplia serie de señales que pueden predecir una conducta disruptiva. En este sentido, la monitora se posiciona claramente como una profesional con recursos suficientes para prever estas conductas. Este posicionamiento contrasta con otros que hemos analizado anteriormente, en los cuales los monitores se posicionan como profesionales incapaces de prever con seguridad estas conductas y las definen como repentinas y súbitas (E51 y E52). Los cambios de actitud y de comportamiento, el descuido de su aspecto externo y la focalización de la atención estereotipada del usuario en una sola persona, conducta que puede estar relacionada con ideaciones paranoides, son los indicios que se relacionan con una posible conducta disruptiva. En concreto, la monitora utiliza la palabra “descompensación” para referirse

al estado que puede conllevar conductas disruptivas. Este concepto es alternativo al de “llamada de atención” a la hora de dar cuenta de las conductas de los usuarios. Y como es lógico presenta rasgos diferenciales. El más evidente es el de la falta de intencionalidad. La descompensación es neutra mientras que la llamada de atención es una línea de acción dirigida claramente a una meta consciente. El concepto de descompensación se encuentra claramente ligado al discurso médico. Mediante el uso de este concepto la monitora se posiciona de nuevo como una técnica. Podemos decir que esta monitora se posiciona con más énfasis como una profesional que el resto de compañeros. La monitora nos sitúa en dos posibles escenarios. El primero, “si la cosa va muy rápida” (L8) se acude sin dilación a los servicios sanitarios, en última estancia a las unidades de agudos. El segundo escenario cuando la agresión se está produciendo o ya se ha acontecido. En ese caso, la monitora enumera una serie de actuaciones por parte de los monitores (L12-L16). Todas las acciones están relacionadas con la proxemísticas. Es decir, “estar muy cerca de ese entorno”, “con no dejarlo aislado”, “hacer de barrera” con otros usuarios. Volvemos a hacer hincapié en la importancia de controlar los espacios. Es muy importante señalar el riesgo físico que supone interponerse como “barrera” en medio de una agresión física. La monitora afirma que nunca ha recibido una agresión física aunque sí verbal y dice que ella ha tenido que intervenir de forma “violenta”. Posteriormente en el siguiente extracto matiza esta afirmación.

La monitora nos dice que nunca se actúa individualmente sino con los compañeros. En los casos graves se termina llamando al médico de urgencia, a una ambulancia y a la policía para un ingreso involuntario. La monitora nos indica explícitamente que estos colectivos “nunca entran solos”, esperan en la puerta y entran juntos (L52 y 53). Y, además, cuando finalmente entran ya se tiene a “esa persona” controlada. Estos enunciados, aparentemente neutros, son muy significativos. Para empezar, la afirmación de que cuando estos servicios entran en la casa ya está la situación controlada, cuestiona la rapidez y la eficacia de estos servicios, a la vez que posiciona a los monitores como profesionales eficientes. Una de las críticas más frecuentes de los monitores es la tardanza de los servicios sanitarios. Además, como indica la monitora, cada uno de los servicios exige la presencia del otro para intervenir, por lo que se dan situaciones tan estrambóticas como ver la policía esperando en la puerta al médico, mientras que dos monitoras se las apañan con un usuario con una crisis psicótica de carácter violento.

Podemos sintetizar las líneas de acción que nos describe esta monitora respecto a las conductas disruptivas de carácter violento en cuatro ejes.

1. *Intervenciones sobre el espacio.* Se lleva al usuario agresor a un lugar apartado. Se le “aparta”, se los “aisla”, “se los separa” (L40). Ese lugar puede ser su habitación o el “espacio de los monitores”, es decir el despacho de los monitores (L13, 14, 15, 45). También se puede intervenir distanciando a todos los usuarios del lugar donde se encuentra el agresor (L28 y 37). Se puede actuar simplemente situándose cerca del usuario agresor o cerca del que se sospecha que pueda agredir (L13 y 14) y finalmente situándose como barrera (L15).

2. *Intervenciones verbales dirigidas al usuario protagonista de las acciones agresivas y hacía el resto de los usuarios.* En el momento de surgimiento de la agresión se piden explicaciones (L26). Una “conversación” puede servir para “aplacar” al usuario agresivo (L44) y, a veces, “subir el tono” es un recurso para ese objetivo (L20 y 47). “Echar una bronca” (L48) porque cuando ellos ven que alguien está por encima de ellos se echan “abajo”. También se le puede persuadir para que permanezca en un espacio concreto y se relaje: “y cuando te calmes sales”. Algunas intervenciones son, pues, apelaciones a la autoridad. Una intervención esencial es la que se dirige al resto de usuarios. Especialmente al usuario receptor de las agresiones. Se apela a la enfermedad del usuario agresor para conseguir que el resto de usuarios se aparten, comprendan la situación y no respondan a las agresiones o insultos (L32, 33 y 34). Es interesante el uso de la primera persona del plural “estamos viendo todos” en L32. La monitora sitúa en un mismo grupo a monitores y usuarios frente al usuario agresor. La monitora utiliza estas expresiones para referirse al usuario agresor: “está mal”, “más decaído”, “más agresivo”.

3. *Intervenciones físicas directas contra los usuarios agresores.* “Reducir contra la pared o contra el suelo. Inmovilizarlo” (L49 y 50)

4. *Influencia de la reglamentación, el respeto a la figura del monitor y de las posibles sanciones como factor que promueve la autorregulación por parte de*

los usuarios. Los usuarios “se cortan mucho y miden mucho” porque saben las consecuencias de agredir a un monitor: “la expulsión del recurso”. El respeto a los monitores es uno de los recursos para que los usuarios se autorregulen (L22-25).

A pesar de la poca frecuencia de este formato interactivo es fácil advertir que es característico del trabajo dentro de las casas hogares. Probablemente sea el formato interactivo que requiera de recursos más complejos y numerosos para afrontarse. Además, las actuaciones de los monitores en este formato, siempre están condicionadas por la presión del tiempo y la necesidad de tomar decisiones en pocos minutos. Hay que tener en cuenta el riesgo a la integridad física, tanto de los monitores como de todos los usuarios, incluido la del agresor. Sin restar importancia al impacto psicológico de las agresiones, tanto verbales como físicas. Este formato interactivo se une al formato “demandas” como causantes principales del desgaste profesional dentro de las “Casas Hogares”. A pesar de estos hechos, los monitores aceptan enfrentarse a estos episodios como parte natural de su trabajo, no existen valoraciones muy negativas de estas interacciones y muestran habilidades de afrontamiento.

6.3.6 Acompañamiento a recursos sanitarios y patologías orgánicas (FI 6)

Como he afirmado anteriormente, este formato, aunque no muy frecuente, es especialmente significativo. Veamos como una monitora define, de forma general, este tipo de episodios.

E59.M5.90

1 **M:** una o varias veces, pues yo diría que los acompañamientos a los
2 médicos, los acompañamientos a los médicos o a los, a los enfermeros de los centros
3 de (.) salud para ponerse los inyectables, que suelen ser quincenal, mensual (.) las
4 rutinas pues normalmente la hora del desayuno, después del desayuno es cuando se le
5 suele dar la asignación de tabaco y de, y de [la asignación económica] (.)

Otro monitor nos especificó en su descripción los acompañamientos motivados por patologías muy graves. Como podemos observar a continuación, el monitor más que una descripción del episodio realiza un retrato de su estado anímico ante el padecimiento del usuario.

E60.M6.155

- 1 **M:** [...] ¡coño!, yo he trabajado mucho con ordenadores, no son personal
 2 de obra, son personas que están enfermas, entonces cuando te encuentras una cosa de
 3 esas te duele, te dan un palo que te mueres, vamos, y, y lo último que quieres es que
 4 sea algo malo y: que ¡coño! porque te da mucha pena, son personas y les coges cariño,
 5 son muchísimas horas al año (.) y entonces cuando vas al médico para una cosa de
 6 esas, para algo grave o para algo como lo de P.S (.) ¿no sé si es eso más o menos lo
 7 que tú?
 8 **I:** sí, sí.
 9 **M:** pues son situaciones que hombre (-) son desagradables, tomo nota, me hacen
 10 madurar como monitores, ¡coño! ¡la verdad es que yo nunca había ido a una unidad
 11 de, de, de oncología, de [...]!

En el anterior extracto el monitor expresa su acercamiento afectivo al usuario y hace explícito hasta que punto le puede afectar los problemas de los usuarios: “te dan un palo que te mueres” (L3). El monitor afirma de manera abierta que se crean lazos afectivos con los usuarios. Además, hace referencia al crecimiento profesional, como monitor, al enfrentarse a esas situaciones. Quizás sea en este tipo de episodios, relacionados con enfermedades que amenazan la vida del usuario, en los que se hacen más evidentes los lazos afectivos y la carga emocional que a veces adquieren las relaciones entre monitores y usuarios. Episodios que no son extraños, pues la comorbilidad de los TMG con patologías orgánicas es muy alta (Tandon, Nasrallah, y Keshavan, 2009), especialmente, en pacientes de carácter crónico y con riesgo de marginación. Veamos el siguiente extracto relacionado con un paciente en estado crítico.

E61. M5.106

- 1 **M:** pero con una dignidad llevando su enfermedad (.) y: sin un mal
 2 modo, sin un mal gesto (1.0) y digo hay que ver después de su enfermedad, de su
 3 esquizofrenia (.)
 4 **I:** encima (.)
 5 **M:** encima esto, pero lo llevó estupendamente y la verdad es que le hicimos: (.) la
 6 vida, el tiempo que estuvo, duró poco, ese: (.) en unos meses se fue (.) pero el tiempo
 7 que estuvo se lo hicimos muy agradable, él creo que: (.) no sintió (.) por ninguna
 8 parte falta de afecto, ni por sus compañeros, no llegó ni a ir a paliativos (.)

Del último extracto quisiera llamar la atención sobre la última oración: “no llegó ni a ir a paliativos” (L8). Esta última oración funciona como un acto discursivo de autoafirmación de un trabajo bien hecho dentro de la Casa Hogar. Por otra parte también es reseñable la afirmación de que “por ninguna parte falta de afecto” (L7). De este modo se reconoce explícitamente una dimensión de carácter afectiva en el proceso

de asistir a una persona en situación crítica dentro de la Casa Hogar. La monitora en toda la descripción de este episodio transmitió una valoración positiva, dentro de lo que cabe, de los últimos días del usuario. De esta forma describe la muerte del usuario.

E62.M5.132

- 1 **M:** [...] el día que falleció había una pequeña fiesta en la casa, y él
- 2 pidió que quería ir a la fiesta, lo llevamos al salón, allí estuvo con su silla de rueda, su
- 3 [----] y sus cosas cenó y ya está (.)
- 4 **I:** *murió allí:* (.)
- 5 **M:** allí mismo en la casa hogar (3.0) y fue una cosa: que (.) verás tú (.) verá dentro
- 6 de lo malo, porque se sabía que esta persona iba a fallecer (.) que él estuvo muy bien,
- 7 estuvo muy bien [...]

Otro monitor expresa en el siguiente extracto los problemas para distanciarse emocionalmente del entorno laboral y de los problemas de salud grave de los usuarios.

E63.M6.222

- 1 **M:** siempre intento dejarlos aparcados (los sentimientos), y siempre soy una persona
- 2 que ha hecho eso muy bien [-----] lo que pasa claro, soy consciente de que son
- 3 personas, se le coge cariño y que se coge amistad incluso con ellos y que son
- 4 personas, ¡tío! (.) tenemos que animarlas (.) yo qué sé (.) hacer algo por ellas, ¿no?

En el siguiente extracto una monitora nos muestra cuales son los dos extremos entre los cuales las monitoras deben navegar en su trabajo: la implicación personal y el distanciamiento emocional. Estos dos polos, que siempre están presente en el trabajo, son irreducibles y hasta cierto punto irresolubles.

E64. M5.168

- 1 **M:** y: y yo entiendo que es que me pueden y después (.) yo que sé si
- 2 me los encuentro en un autobús o me los encuentro por la calle no puedo pasar (.) no
- 3 puedo pasar (.) tengo que pararme a lo mejor y preguntarle ¿qué estás haciendo por
- 4 aquí? ¿te has perdido? o ¿qué te pasa? o (1.0) en fin (.) tampoco es tan bueno (.) como
- 5 cuando dicen deja: desconecta un poquito, pero es que no sé, cuando no conoces esto
- 6 (.) son locos, entre comillas (.) son locos, pero cuando los conocen son unas personas
- 7 que: que están enfermas, pero personas con una enfermedad (1.0)

El episodio interactivo que hemos denominado acompañamientos sanitarios comienza antes de que se inicie propiamente el acompañamiento. Veamos como una profesional de una casa hogar nos describe los prolegómenos del acompañamiento.

E65.M5.92

- 1 **M:** las rutinas pues normalmente la hora del desayuno, después del

2 desayuno es cuando se le suele dar la asignación de tabaco y de, y de [la asignación
3 económica]
4 **I:** [la asignación económica]
5 **M:** entonces al mismo tiempo se le comenta diariamente hoy es martes te toca
6 actividad, hoy no vas a la actividad porque tienes médico, tienes cita con tu psiquiatra
7 o con el psicólogo o con (-) el especialista que sea ¿no? (.) se le advierte en ese
8 momento (.) se les indica a qué hora es la, a que hora es cita y si tienen tiempo
9 suficiente suelen salir a tomar un café (.)

En el anterior extracto podemos comprobar como la monitora, aprovechando el momento del desayuno y de la entrega de la asignación monetaria, informa con detalle al usuario de la visita médica: horario, lugar, motivo, etc. La característica más relevante de estos episodios son las interacciones que se establecen durante el recorrido, las cuales son completamente diferentes de las que hemos observado hasta ahora. Veamos un largo extracto en la que una monitora nos describe con minuciosidad las conversaciones entre monitor y usuario en este contexto.

E66.M5.112

1 **M:** [más eficaz] ¿no? (-) la, la actividad (1.0) generalmente suelen ser
2 individuales (-) y entonces es un tiempo quizás de charlas más personalizadas con los
3 usuarios (.) porque bueno estás normalmente una hora una hora y media con ellos en
4 la calle (2.0) solos y salen muchas conversaciones desde conversaciones triviales ¡qué
5 bonito está el tiempo hoy! ¡qué bien, me apetecería irme a la (-) a la playa! o (-)
6 conversaciones que van poquito a poco ¿qué tal? ¿cómo has estado estos días? que
7 he estado fuera, que he estado de descanso, me enterado que el otro día tuviste un
8 altercado con no sé quien o me enterado que el otro día vino tu familia a verte ¿qué
9 tal? ¿cómo estás? si hay alguna actividad de ocio que se haya hecho o que esté
10 planificada pues a lo mejor se habla de ese tema ¿qué tal? ¿te has apuntado a la
11 actividad de, de la isla de la cartuja, a la salida de la isla de la cartuja que hay el
12 próximo jueves? y ¿por qué no? o ¿no te apetece? porque es muy divertido ¿no?
13 (1.0) se le habla un poco de ese tema (2.0) quizá para fomentarle la participación
14 para hacérselo atractivo (-) porque bueno generalmente por su psicopatología suelen
15 ser gente que no le apetece mucho hacer actividades (.) que son bastante sedentarias
16 (.) entonces el hecho de que tú se lo pongas bonito se lo (.) le comentas pues [----]
17 fulanito también o yo estuve el año pasado y me lo pasé muy bien porque (1.0) hice
18 cosas ¿no? <cambia timbre de voz>> pues, les hace, les hace que sea más agradable
19 incluso a que se atrevan a decir huy pues ¡voy a ir yo también! a ver qué pasa ¿no?
20 <imita voces>> (1.0) o: o hablarle de temas puntuales o de cómo se sienten o si lo
21 ves, presenta últimamente, te veo últimamente más decaído ¿te pasa algo? eh: ¿cómo
22 estas? o ¿estás comiendo poco? hablarle un poco de su día a día (.)

Podemos presenciar en el extracto E66 pautas interaccionales muy distintas a las descritas hasta ahora. Para empezar, después de un primer análisis, comprobamos como las preguntas abiertas son mayoritarias. El discurso de la profesional esta dirigido a la búsqueda de la participación del usuario. Es más, al preguntar por eventos pasados de esta forma se está promoviendo la elaboración narrativa de los sucesos significativos

para los usuarios: “Hablarle un poco de su día a día” (L22). Por ejemplo: “Que he estado fuera, que he estado de descanso, me enterado que el otro día tuviste un altercado con no sé quien o me enterado que el otro día vino tu familia a verte ¿qué tal? ¿Cómo estás?” (L6-L9). Aparte de ello, podemos decir que en estos episodios el monitor puede tomar la iniciativa para expresar deseos o sentimientos propios. De este modo la asimetría de poder, en términos discursivos, entre monitor y usuario se equilibra dentro de estos episodios interactivos. Al mismo tiempo, también podemos advertir como la monitora pregunta sobre posibles acciones futuras. De este modo, proyecta el discurso de forma propositiva hacía el futuro. El objetivo de la monitora, reconocido en el extracto, es motivar al usuario a participar en la actividad. Por último, observamos que la profesional puede preguntar, de forma igualmente abierta, sobre el estado de ánimo o sobre la salud del usuario (L21). Es destacable que en esta descripción no existen actos discursivos dirigidos a conseguir una conducta adecuada al contexto, lograr el equilibrio grupal o regular estados psicopatológicos. En el siguiente extracto la misma monitora reconoce los acompañamientos como los más apropiados en el turno de la mañana para que se produzcan contactos personales con los usuarios. Veámoslo.

E67.M5.139

1 **M:** [...] la tarde como las actividades son menos... y sobre todo no hay médicos de
 2 cabecera no hay médicos especialistas entonces son más propias al encuentro en la
 3 casa o en las actividades de ocio que por la mañana rara vez se dan (-) y son eso
 4 quizás sean esos los momentos: (refiriéndose a los acompañamientos) (.)
 5 **I:** *claro en los momentos más: [----] tienen su utilidad también personal de encuentro*
 6 *con los usuarios*
 7 **M:** Los momentos, sí, sí (.)

Es interesante comprobar como incluso los contenidos relativos a la enfermedad, especialmente relacionados con aspectos psicopatológicos, son tratados de forma distinta durante los acompañamientos. Veamos un ejemplo.

E68.M5.182

1 **M:** [...] uhm si hablamos de la, yo personalmente si hablo de la de la
 2 enfermedad en si, bueno de la esquizofrenia, la psicosis, la paranoia o la: no sé los
 3 trastornos de bipolaridad, que tenemos alguna con ese tipo de trastorno y hay otras
 4 veces que yo: (.) uhm: pues me río con ellos de la enfermedad ¿no? además se lo
 5 toman muy bien y se ríen mucho ¿no? la frase es que ese dice ¡tú que te has creído
 6 que estoy loco! <imita las voces>> y yo digo Estás aquí porque te las [-----] eso en
 7 plan de risa lo hacemos mucho, yo lo hago mucho y conmigo personalmente se lo
 8 toman bien, quizás mi experiencia en el trabajo también me sabe, me lleva a hacerlo

9 en el momento y con las personas idóneas ¿no? (.)

La monitora afirma que sí suele hablar de la enfermedad con los usuarios para después describir un género discursivo específico. En concreto, expone podríamos decir, un género discursivo que hasta ahora no había surgido, el humorístico (Billig, 2005). “Pues me río con ellos de la enfermedad” (L4). Es interesante que dentro de este tipo de episodios, acompañamientos sanitarios, haya surgido este género y que la monitora lo haya seleccionado para describirlo tan detalladamente.

Otras pautas interaccionales se observan en los acompañamientos relacionados con patologías muy graves.

E69.M6.178

1 M: [...] no suelo ser una persona (.) no les doy esperanzas ni muchísimo
2 menos, no soy quien para darle esperanzas, pero no, por ejemplo si yo estoy en una
3 situación crítica en un médico y él sale contento, le da igual o no asimila bien lo que el
4 médico ha querido decir, yo no soy el que le digo pues quillo, pues mira esto no es así
5 no salgas tan contento que te vas a morir o que tienes esto o que tienes un [----]
6 siempre intento, si salen con un tema yo intento seguirle ese tema para intentar que
7 ellos se olviden del problema grave que tienen en ese momento, por lo menos además
8 siempre lo he hecho así, ¿no? (.) además [...]

En este caso la estrategia es derivar el contenido del diálogo a temáticas alejadas de la enfermedad “para intentar que ellos se olviden del problema” (L7). Para terminar el tipo de episodio “acompañamientos sanitarios” podemos afirmar que las especiales características del contexto en el que se desarrollan los encuentros monitor-usuario posibilitan que surjan interacciones con rasgos particulares. Este contexto se define por encontrarse fuera de la Casa-Hogar. Las interacciones se desarrollan principalmente en movimiento, mientras se desplazan monitor y usuario de un punto a otro. Además, aunque los espacios sean públicos, se llevan a cabo en espacios de gran privacidad sin que ningún otro compañero, usuario o monitor esté presente. Probablemente esto logra que se relajen los roles de ambos y se propicien nuevas interacciones. Hemos visto que algo semejante ocurre en las salidas de vacaciones. Además, hasta cierto punto, son los usuarios los que eligen que monitor les acompaña, por lo tanto el grado de confianza y complicidad entre monitor y usuario es alto. Todo ello desemboca en interacciones en las que el monitor promueve la participación del usuario, la elaboración de eventos pasados y se da la libertad de expresar opiniones y sentimientos personales.

6.3.7 Episodios relacionados con compulsiones y conductas extrañas (FI 7)

Aunque estos episodios están relacionados con estados psicopatológicos de los usuarios, ya hemos diferenciado las compulsiones y las conductas extrañas de posibles síntomas positivos como delusiones y alucinaciones. Veamos como una monitora describe este problema.

E70.M7.54

1 **M:** varias veces al mes (.) hay una usuaria nueva (-) se llama V. (.) está
 2 diagnosticada de una depresión y de una potomanía, entonces evidentemente su
 3 obsesión es: beber (1.0) eh: se le ha hecho un seguimiento y se ha visto que ella para
 4 beber agua en exceso siempre lleva las mismas pautas (-) eh: se quita las gafas, se
 5 limpia los ojos, se quita la barrita de labios (-) beBE y luego se vuelve a poner la
 6 barrita de labios (.)

De este extracto es reseñable una primera acción por parte de los profesionales: “se le ha hecho un seguimiento” (L3). La utilización de una forma pasiva es interesante en cuanto que institucionaliza la acción y evita la aceptación de cualquier responsabilidad personal. El seguimiento facilita información sobre las pautas exactas de la usuaria. Veamos con más detenimiento en un extracto de otra monitora cuales son las estrategias de afrontamiento de esta conducta.

E71.M3.8

1 **M:** de la enfermedad de la potomanía que tiene (-) y que padece y claro
 2 nosotros actuamos con las medidas que corresponde que (1.0) manejamos y demás
 3 por supuesto con la supervisión de su médico de cabecera y su psiquiatra (-) pero
 4 claro ella se levanta entra al baño, además es que (.) miente por sistema, ¿no? voy a
 5 lavarme la cara, voy a hacer pipí, y claro a lo que va a enchufarse al grifo <ríe>>
 6 **I:** *directamente*
 7 **M:** directamente y luego cuando sale no, no, no yo no he bebido, no he bebido <imita
 8 su voz más aguda>> así un (.) una vez, otra vez, otra vez, millones de veces al día,
 9 además entra y se pinta los labios para, como si no, para que no se le note que ha
 10 bebido ¿sabes? ¿V. has bebido agua? no, no, no de verdad no <imita su voz>> V.
 11 pero es que queremos que nos digas la verdad para así poder controlarte un poco el
 12 tema y ayudarte (.) en la medida que podamos cuando tú tengas sed nos lo dices y así
 13 te controlamos un poco el agua pero ¡que no he bebido! ¡que no he bebido! ¡de
 14 verdad! que... es un problema porque además eso le ha conllevado a ella problemas
 15 [físicos]

Al contrario que en el anterior extracto, esta profesional no utiliza una forma pasiva sino la primera persona del plural: “nosotros actuamos con las medidas que corresponde” (L2). Esta forma de construir la oración indica una concepción de grupo

profesional activa que no se puede deducir del uso de la pasiva, una forma completamente impersonal sin capacidad de agencia. Sin embargo, inmediatamente después remite la responsabilidad última de las acciones de los monitores a los sanitarios de referencia, psiquiatra y médico de cabecera (L3). La locución adverbial “por supuesto”, situada al comienzo de la oración, sugiere que la información que sigue es evidente, pero al mismo tiempo, denota obligación, necesidad de que sea así. En otras palabras, la monitora nos quiere decir que ni se les ocurre actuar sin la supervisión de los clínicos de referencia. La monitora deja claro la subordinación de las acciones de los monitores a los responsables sanitarios y, de esta forma, termina también por desviar, aunque de forma más matizada que en el extracto anterior, la responsabilidad.

¿Cómo podríamos describir las interacciones verbales y las metas de las acciones de los monitores? Los actos discursivos descritos por esta monitora están dirigidos no sólo a descubrir el grado exacto de consumo de la usuaria, sino que persiguen el reconocimiento de la usuaria de ese consumo, aunque ya se conozca. Debido al diagnóstico de la usuaria, el conocimiento de que sufre potomanía y al seguimiento de ésta es conocido con exactitud que el consumo de agua es muy alto. Por ello puedo afirmar que las interacciones monitora-usuaria, las cuales están repletas de preguntas cerradas “¿V. has bebido agua?”, buscan que la usuaria reconozca o sea consciente del agua que bebe. Es decir, aunque se sepa exactamente el grado en que la usuaria ha tomado agua se le seguirá inquiriendo a ésta si ha bebido agua. La monitora, en su relato, usando estilo directo se dirige a la usuaria diciéndole: “V. pero es que queremos que nos digas la verdad para así poder controlarte un poco el tema” (L11). Es cierto que la información obtenida por las preguntas de los monitores puede ser utilizada para, por ejemplo, aumentar la vigilancia; pero lo más interesante es que la búsqueda de esa información pretende también que la usuaria acepte una definición de su problema, que es en sí mismo una forma de control. Veámoslo con más claridad en el siguiente extracto.

E72.M7.71

- 1 **M:** jamás, es muy mentirosilla, jamás te reconoce que ha bebido agua
- 2 (1.0) y: se le amonesta, con decirle, como ella se le da el tabaco no como a los demás
- 3 sino se le da con pautas de una hora, si no me dices la verdad, YO no te estoy riñendo
- 4 <énfasis>, no te estoy diciendo que no bebas (.) lo que quiero que me digas es la
- 5 cantidad que bebes y que has bebido (1.0) y por eso te quedas sin tabaco, entonces a
- 6 lo más que llega es a decirte que ha bebido un buchito de agua (.)

Apreciamos en la primera línea la importancia concedida a la verosimilitud de la información de la usuaria. Se califica de “mentirosilla”. También en el extracto 17 se afirma que “miente por sistema”. La monitora comenta que se le amonesta no por consumir agua, se le amonesta “si no me dices la verdad”. Mediante una intervención paradójica se vuelve a apuntar en esta dirección: “YO no te estoy riñendo <énfasis>>, no te estoy diciendo que no bebas (.) lo que quiero que me digas es la cantidad que bebes y que has bebido (1.0) y por eso te quedas sin tabaco” (L3). Evidentemente la monitora le está riñendo, y además, mediante un acto discursivo, está intentando controlar la ingesta de agua de la usuaria. En este extracto también se observa otra estrategia típica de control de la conducta, el castigo negativo. Es decir la eliminación de un reforzador positivo. En este caso el tabaco.

En el siguiente extracto una monitora expresa su pesar al comprobar que las distintas estrategias que utiliza no son completamente eficaces. Así, podemos apreciar cierta preocupación y compromiso personal por el bienestar de la usuaria.

E73.M7.102

1 M: [...] aparte de sensación de impotencia (2.0) de no poder evitarlo que
2 beba agua (.) la sensación e impotencia de saber que se está haciendo daño (1.0) que
3 para mí es la más grave (1.0) el no poder ayudarla (.) el no poder sentarla (.) y
4 marcarle unas pautas mínimas porque lo hemos probado casi todo ¿no? hemos
5 probado hasta incluso (.) poner dos botellas de litro de agua e ir dándole agua, un
6 vasito de agua cada 20 minutos para que esa sensación, esa angustia que tiene por
7 beber agua no sea tan fuerte y poderla ir vigilándola para saber la cantidad de agua
8 que bebe pero aún así nos coge las vueltas (2.0) y bebe agua de cualquier sitio
9 <énfasis, sorpresa, in crescendo>>

Aquí también observamos una nueva estrategia: La planificación y la supervisión de la ingesta de agua por parte de los monitores. No es extraño que debido a este esfuerzo por controlar la conducta de la usuaria, que choca frontalmente con el impulso de beber, desemboque en estados anímicos caracterizados por el cansancio y el estrés. En la línea 56 la monitora 3 nos dice “y estamos trastornadísimos” (extracto no incluido). También encontramos referencias al estado psicológico de la usuaria, derivado del esfuerzo por ayudar a ésta a controlar sus compulsiones (E74: L2). Veamos este ejemplo.

E74.M3.42

1 M: Ella realmente yo personalmente pienso, la veo que está más

2 nerviosa, eso se nota cuando ella se siente perseguida, de hecho ella es que (-) vive el
 3 día como un (.) uno (.) una pes (.) veras el día contemplando a los monitores y a
 4 cogernos la vueltas (.) ¿sabes? (.) para ver cuando estamos distraídos y entrar en el
 5 baño (.) y además como va relacionado el tema del consumo de agua con el tabaco (.)

Como rasgo más destacado en las interacciones pertenecientes a este formato apuntamos el uso del discurso por parte de los monitores como instrumento de control por medio del cual se busca, no sólo indirectamente la disminución de la ingesta de agua, sino que la usuaria acepte una definición de sus problemas. El uso del discurso en esta línea se caracteriza por la utilización habitual de preguntas cerradas relacionadas con la conducta a controlar y de proposiciones de carácter paradójico. Quisiera hacer énfasis en que esta serie de estrategias en ningún caso podrían ser tachadas de ser éticamente discutibles o compararse con procesos de “lavado de cabeza”. Más bien, se pueden enmarcar dentro del esfuerzo de creación de un espacio metacognitivo de conciencia sobre problemas de los usuarios. Dicho de otra manera, el objetivo final no es impedir que los usuarios realicen ciertas conductas, sino que tomen conciencia del peligro que éstas entrañan.

6.3.8 Episodios de mediación usuario-familia o peticiones explícitas de apoyo emocional (FI 8)

Como hemos dicho, en este formato interactivo, el monitor interacciona con el usuario o, a veces, con la familia de éste para regular la relación entre ellos. También incluimos las peticiones de apoyo o consejo emocional explícito de los usuarios sobre aspectos de carácter personal o íntimo. Veamos como los monitores describen este formato y por qué considero que es muy significativo a pesar de ser el menos frecuente. A continuación presento dos extractos.

E75.M9.33

1 **M:** por ejemplo, habitualmente, por ejemplo, cuando ha estado con su
 2 familia y la familia (1.0) no le ha echado cuenta, ha tenido una discusión o ha tenido
 3 un regaño con su hermano y pues entonces es ya demandante de atención en ese
 4 aspecto
 5 **I:** y ¿cómo sucedía? ella hablaba con su familia y venía después a [vosotras]
 6 **M:** [exacto], ella a lo mejor decía, ella decía ¡ea! pues bueno, pues voy a casa de mi
 7 hermano a dar una vuelta por ejemplo y a lo mejor ella iba allí y al hermano no le
 8 gustaba como llevaba las manos, por ejemplo, ella lo comentaba luego (.) después

9 cuando venía, pues no veas,
 10 **I:** claro porque venía diciendo...
 11 **M:** no veas, venía diciendo que pues muy seria, cualquier cosa le molestaba, y
 12 entonces pues era, ella: (-) la conclusión era que le echáramos cuenta, pendientes de
 13 ella (1.0) y: si no le echáramos cuenta o lo que sea pues entonces después montaba
 14 el pollo como siempre (1.0) y en ese aspecto.

E76.M9.51

1 **M:** pues nos comportamos: uhm: (-) pues la verdad que muy bien,
 2 ¿sabes? demasiado pacientes con ella, demasiado, es verdad, demasiado eso E. pues
 3 hablándole muy bien que (1.0) o sea, que viéndole que vea la realidad de la vida, que
 4 si ella va a la casa del hermano y a lo mejor el hermano le dice pues esto ésta,
 5 tampoco es tanto, que no se monte tanto mundo porque le diga eso (.) porque eso no
 6 tiene tanta importancia (.) tanto como le da ella (1.0) y le hablamos en ese, esa línea.
 7 **I:** por esa línea, claro (.)
 8 **M:** exacto, que le hermano le dice, bueno pues E. a lo mejor el hermano le ha dicho (.)
 9 que las uñas [-----] simplemente ya por eso ya (.) monta ella un mundo, pues mira
 10 eso no tiene importancia tu hermano te lo habrá dicho por esto por lo otro y ya está
 11 vamos que tampoco (.) eso es (.)

El episodio relatado en los anteriores extractos corresponde a una secuencia muy determinada de hechos. Una usuaria acude a casa de un familiar. Con ese familiar ha habido algún tipo de conflicto: “no le ha echado cuenta”, “una discusión”, “un regaño” (E75:L2 y 3). La usuaria vuelve a la Casa Hogar “demandando atención”. Regresa a la Casa hogar alterada emocionalmente: “muy seria”, “cualquier cosa le molestaba”, “montaba el pollo”. Las intervenciones de la monitora se dirigen a aminorar la significación del suceso, “pues mira eso no tiene importancia”, y a aportar explicaciones o justificaciones del comportamiento del familiar, “tu hermano te lo habrá dicho por esto, por lo otro” (E76: L10 y 11). En cualquier caso no se observa que la monitora intente, junto con la usuaria, explorar los sentimientos de ésta ni buscar conjuntamente detalles significativos del suceso. El esfuerzo de la monitora parece dirigirse exclusivamente a conseguir el equilibrio previo al suceso. Es decir, mediante una relativa alianza con el familiar, reducir la activación de la usuaria y conseguir que la conducta de la misma se ajuste a las normas sociales: “que vea la realidad de la vida”. La valoración negativa del episodio se transmite por algunas expresiones exclamativas, “¡no veas!”, y por el uso de la frase coloquial “montar el pollo”. Como viene siendo habitual cuando se describe un episodio que puede ser conflictivo para los monitores aparece el concepto de “demanda de atención”.

Los siguientes dos extractos de una monitora nos comentan otro episodio relacionado con las familias de los usuarios.

E77.M2.189

1 **M:** [la situación es así] viene (-) generalmente llaman por teléfono (.)
 2 entonces dicen soy el sobrino de fulanito y dile que esta tarde vamos a ir a visitarlo o
 3 que dentro de media hora estamos allí y tal <imita su voz>> entonces yo le digo mira
 4 M. que llama tu sobrino, que van a venir, qué bien, ¿no? qué alegría, ¿qué te
 5 parece? no se qué, tu hermano ¿qué tal? <imita su voz>> pero además es que lo tienes
 6 un poco idealizados, en el sentido que cuando él se pone muy mal, le suelen
 7 sobrevenir ideas así de muerte o algo por el estilo, entonces empieza pues (.) a apartar
 8 las cosas, este reloj es para mi sobrino [...] bueno entonces pues eso la primera
 9 interacción es cuando le comentamos así que va a venir su familia (.) un poco también
 10 estimulándole, ¡qué bien! ¡qué alegría! ponte guapo porque como él es tan
 11 sumamente dejado para todo pues (2.0) a mí yo siempre que tenga la mínima
 12 oportunidad sea con cosas de carácter negativo, positivo o neutro siempre mi
 13 intención es que haga algo [...]

E78.M2.218

1 **M:** [...] y bueno pues eso la familia, pues qué bien han venido, pues M.
 2 se va a poner muy contento (.) se va a poner muy contento y esas cosas siempre
 3 procurando que se establezcan buenas relaciones y qué bien que estéis tan lejos y [---]
 4 aquí tan solo y eso, todo y los animamos mucho a salir, la última vez, ya ahora los
 5 sobrinos son muy grandes, de por lo menos de 18 o 20 años, eh, cuando vino hace (.)
 6 unos meses no sé si fue el verano pasado, pasa tan rápido, y entonces vinieron y
 7 vámonos por ahí a comer y no quería ir y claro no sé si es que le daba vergüenza o la
 8 simple inercia de no salir casi a nada que todo tiene que ser entonces la cosa fue pues
 9 ayudarle mucho a que saliera por ahí, que mira que tus sobrinos están deseando pues
 10 estar contigo, que nunca están contigo, y ahora vienen para verte y para pasar un rato
 11 agradable contigo, tú que eres un tío que además te lo pasas bien, se puede hablar
 12 contigo de todo (.) les puedes preguntar cómo le van las cosas, la vida, que tanto que
 13 no los ves y así, y al final conseguí que se marchara con ellos a comer al mcDonald,
 14 en fin, a no sé dónde como no quería salir (1.0) y cuando vino dijo que, pero bueno
 15 lo dijo, estaba así un poco rarete, ¿no? así como pensativo y tal y le digo ¿qué tal tus
 16 sobrinos? ¿la gente mayor? ¿qué te han contado? y tal y luego al final soltó, pero si
 17 fuera así como cuando sale un corcho, plof, no que me han dicho que van a buscar
 18 una residencia para llevarme para allá <imitando, hablando lentamente>> para
 19 mallorca (-) hombre yo así al principio digo bueno <suspira>> será verdad no será
 20 verdad (.) habrá algún interés oculto detrás de todo eso (.) porque una ha visto tantas
 21 cosas pero vamos yo nada le digo Oh! M. ¿tú estás contento? a ti ¿qué te parece la
 22 idea? ¿te irías para allá? que siempre quieres (.) siempre estás pensando en ellos, no
 23 gastas un duro, digo yo no gastas un duro en un café por dejárselo a tus sobrinos,
 24 porque es así (1.0) y pero lo ví yo un poco temerosos (1.0) Sí así como de lado <lo
 25 imita>> así como, se encogía, decía que sí pero al tiempo se encogía un poco el
 26 hombro.

En E77 la monitora media entre el usuario y su familia en un contexto distinto al anterior: una visita. El episodio comienza con la noticia de que algunos familiares visitarán al usuario. La primera acción de la monitora es anunciar la visita. Pero no sólo eso, sino que al mismo tiempo pregunta de forma abierta estimulando la participación del usuario, “¿qué te parece?” y modela la reacción emocional del usuario, “qué bien

¿no?, qué alegría”, “un poco estimulándole” (L4, 5 y 10). El modelado emocional es muy importante ya que, como todos sabemos, el embotamiento emocional es uno de los síntomas negativos más graves de la esquizofrenia (Colodrón, 1990). Haremos énfasis en este aspecto en nuestras conclusiones, ya que como afirma Shaver y Mikulincer (2007: pág 451):

Otro aspecto de la experiencia segura de las emociones es la capacidad para reflexionar sobre uno mismo, la capacidad para darse cuenta, pensar, y entender estados mentales, los cuales facilitan el reconocimiento de aspectos funcionales de las emociones y la integración de la experiencia emocional dentro del propio self. [...] Interacciones con figuras de apego accesibles y comprensivas proveen a las personas seguras de la capacidad de entender y articular su experiencia emocional.

También existe una motivación para la acción: “¡ponte guapo!, “mi intención es que haga algo” (L11 y 13). En E78 se observa como la monitora motiva también a la familia y les transmite emociones del usuario (L2). La monitora se convierte en una especie de traductor de las emociones socialmente esperables del usuario. La intención de la monitora es clara (L3): “procurando que se establezcan nuevas relaciones”. La monitora prepara al usuario antes y durante la visita e incluso le sugiere posibles preguntas a hacer a sus sobrinos (L9-L13). La monitora durante la visita motiva para que salgan a la calle juntos el usuario y la familia (L4 y L9). A partir de la línea 14 se abre una nueva etapa. Tras la visita la monitora pregunta por las experiencias del usuario con su familia, le pide que le informe qué le ha dicho su familia (L15-L16). Es decir, ayuda al usuario a elaborar una descripción de lo que ha ocurrido. Además, se interesa por las emociones del usuario (L21-L22). La monitora está atenta a las expresiones no verbales del paciente. Especialmente esto se hace evidente al final del extracto (L24-L26). La monitora califica al usuario como “rarete” y “pensativo” tras la visita de la familia (L15). La monitora consigue que el usuario le comunique la información más relevante del encuentro con su familia: “me han dicho que van a buscar una residencia para llevarme para allá, para Mallorca”. Pregunta de forma abierta sobre las expectativas de futuro del usuario ante la noticia (L21-L22). Además, se ofrece como un espejo de las emociones y conductas del paciente; es decir refleja al paciente sus sentimientos (L22-L25). Es evidente que la actuación de la monitora resulta muy compleja en este episodio. En este extracto hemos presenciado como esta profesional modela durante todo el episodio no sólo las emociones del usuario y su

conducta ante su familia, además interviene directamente en ésta, ayuda al usuario a elaborar una descripción sobre su experiencia, y pregunta abiertamente de forma que dirige al usuario hacía el futuro.

En los siguientes dos extractos un monitor nos relata un episodio de petición explícita de apoyo emocional.

E79.M4.134

1 **M:** la tercera (.) ésta es por ejemplo a menudo viene y te dice me he
 2 peleado con mi novio o me tengo, eso es a menudo pero son cosas muy [-----] pero
 3 de vez en cuando te viene y tú dices ven y quiero hablar contigo entonces te coge (1.0)
 4 te lleva a un laíto entonces: (.) de todas formas hay gente siempre así entonces como
 5 veo por donde viene la cojo y digo vámonos a otro sitio más tranquilo nos vamos los
 6 dos al patio, nos vamos los dos al parque y ya empieza a contarme pues (.) ya pues
 7 cosas íntimas de la relación, pues en plan mira me pasa esto con mi novio, es así es
 8 asao (-) me trata bien o me trata mal o me pasa esto con él yo no sé como hacer esto,
 9 lo otro, o por ejemplo que el novio está cabreao con ella y el novio le trata mal ¿no? y
 10 ella dice que lo va a dejar, o, si ella dice que lo va a dejar es lo de menos, si te dice
 11 que lo, que te, que se va a suicidar ¿sabes?
 12 **I:** claro (.)
 13 **M:** por ejemplo (.) porque no puede con la relación (.)y te pide consejo a niveles más
 14 importante, lo dejo, no lo dejo (1.0) ¿qué hago? ¿no? cosas de ese tipo (.) y eso ya
 15 <ríe>> es más complicado y eso ya, sí es cogerlo un poco aparte y: pero esas son
 16 raras [...]

E80.M4.154

1 **P:** y que casi sin darte cuenta porque además esto surge casi sin darte
 2 cuenta y ya te digo de tarde en tarde, pero se da de pronto una situación de que
 3 coincide en un sitio en un momento dado que no tiene nada que hacer o que de
 4 pronto surge una conversación (2.0) ¿yo que sé?

Como dijimos al principio este tipo de episodio requiere que el usuario disfrute de recursos metacognitivos y habilidades sociales suficientes para iniciar una interacción con los monitores. El objetivo de la interacción es resolver un conflicto personal por el cual se le pide consejo, en este caso, a un monitor. En el extracto E79 el monitor nos indica que a veces es él quien inicia la interacción. Lo normal es que la interacción se desarrolle en un espacio discreto “un sitio más tranquilo”, “te lleva a un laíto” (L4 y L5). Los temas son de carácter relacional, “el novio la trata mal”, “ella dice que lo va a dejar”. Puede que surjan temas de carácter muy grave como intentos de suicidio. En ocasiones los usuarios piden consejo concreto sobre una decisión que debe tomar “lo dejo o no lo dejo”. En E80 el monitor es incapaz de encontrar algún contexto

espacio-temporal en el que sea habitual que aparezcan estas interacciones. El monitor sólo afirma que se dan “de tarde en tarde” y que no son buscadas conscientemente, sino que suceden “de pronto”, “sin darte cuenta”. A continuación podemos leer otro extracto del mismo monitor.

E81.M4.163

1 P: [...] sin darme cuenta y bueno una vez que te has dado cuenta pues lo hablas sin
 2 ningún problema y bueno como es gente que (.) que se defiende bien y tú sabes que te
 3 entiende y te responde y demás (3.0) y es también una interacción ¿no? yo te estoy
 4 contando algo a ti y tú al mismo tiempo me estás contando un problema tú que tú
 5 tienes y demás (3.0) lo malo es que en alguna ocasión eso que tú le has contado en
 6 primera persona después lo usa en tu contra ¿sabes? <ríe>> [...]

Terminamos la descripción del último formato interactivo con este interesante extracto. Digo interesante porque si lo analizamos observamos que el monitor no posiciona al usuario como enfermo. Cuando el monitor nos dice que, como hemos explicado anteriormente, “sin darse cuenta” (L1) “habla sin ningún problema” (L2) y se encuentra “contando algo” (L4) al usuario, nos está señalando que en estos episodios puede llegar a olvidar la categoría de enfermo con la cual se etiqueta al usuario. Y “una vez que te has dado cuenta” ya estás hablando. Es decir, ya no hay vuelta atrás. Finalmente, puede llegar a interactuar con el usuario de forma completamente simétrica como con cualquier amigo. Sin lugar a dudas, los recursos cognitivos de los que dispone el usuario ayuda a que se interaccione de este modo: “sabes que te entiende y te responde” (L3). Sintetizando, el monitor nos dice que en este formato interactivo corre el riesgo de des-posicionar paulatinamente como “enfermo” o incluso como “usuario” a la persona con la cual dialoga sin percatarse. Podemos pensar que este des-posicionamiento es el ejemplo más evidente de recuperación e integración social. Y existe riesgo porque, como pasa en cualquier relación, lo que “tú le has contado en primera persona después lo usa en tu contra ¿sabes?” (L5).

En el siguiente capítulo, conclusiones, conectaremos estos resultados con las diferencias observadas entre las narrativas de los usuarios del primer y segundo grupo. Sin embargo, permítanme señalar algunas consideraciones sobre el análisis realizado en este estudio empírico.

En primer lugar, me gustaría hacer énfasis en la extraordinaria riqueza y complejidad de las interacciones entre usuarios y monitores. La mayoría de las

interacciones acontecen alrededor de rutinas diarias en lo que podemos denominar actividades de vida diaria (Everyday life) según Borg (2007). Estas interacciones son esenciales para lograr un mínimo de contacto afectivo positivo y alcanzar espacios de intersubjetividad. Tal como decíamos en el capítulo tres, los trabajadores de salud mental deben “hacer más” de lo exigido profesionalmente y “estar allí”, es decir, aceptar y saber encajar sin huir las experiencias de enfermedad, para que las personas con las que trabajen logren la recuperación (Mezzina y cols, 2006). En este estudio empírico hemos observado cómo los monitores se debaten entre posicionamientos como profesionales y como allegados. Esta situación, paradójica e irresoluble, es una muestra de que estos profesionales van más allá de lo laboralmente exigible.

Al mismo tiempo, podemos encontrar en estas interacciones, las relacionadas con la vida diaria, los mayores riesgos. Por ejemplo, el formato “Demandas” es el más peligroso en cuanto que conduce a los monitores a un gran riesgo de despersonalización que puede desembocar o en la indiferencia o en un síndrome del quemado (burnout). En otros formatos interactivos, como los acompañamientos o los episodios de ocio y tiempo libre las interacciones parecen tener la meta de lograr que los usuarios adquieran el dominio en la tarea de narrar adecuadamente eventos compartidos ajustándose a las normas sociales. Especialmente significativas son las interacciones en las que los monitores funcionan como mediadores entre la familia y los usuarios. Hablaremos sobre ello en las conclusiones. Por último, no podemos olvidar las estrategias de afrontamiento de los monitores para hacer frente a los síntomas positivos de los usuarios. También ahondaremos sobre esta cuestión en el próximo y último capítulo, relacionando las interacciones monitores-usuarios con las narrativas de vida de estos últimos.

CAPÍTULO 7

INTEGRACIÓN DE RESULTADOS: CONCLUSIÓN

En el Capítulo de introducción al método he afirmado que existe evidencia científica de que los escenarios socioculturales de actividad están indisolublemente unidos a nuestros recursos cognitivos y que aquellos pueden funcionar como factores explicativos de éstos (Cala, de la Mata y Sánchez, 1994; de la Mata y Sánchez, 1991; Ramírez, Cubero y Santamaría, 1990). También, reseñamos algunas investigaciones que mostraban, por ejemplo, cómo nuestra memoria autobiográfica y la forma de construir nuestro self se veían influenciados por los estilos conversacionales o los ambientes narrativos de los escenarios socioculturales de actividad donde participábamos (Fivush, 1997; Leichman, Wang y Pillemer, 2003; Nelson, 1996). En el estudio empírico A observamos diferencias muy interesantes entre las narrativas de los usuarios de corta estancia y de larga estancia en las CH. ¿Podemos hallar algunas conexiones entre estas diferencias y el escenario sociocultural de las CH donde los usuarios de larga estancia llevan años participando? ¿Puede ayudarnos el análisis de las interacciones entre monitores y usuarios a comprender las diferencias entre las narrativas de vida de los usuarios de corta y larga estancia?

Dejando para el final las lógicas reservas metodológicas a las que nos obliga nuestra investigación, sostengo que podemos responder con un sí a las anteriores preguntas. Aunque, probablemente, el lector haya realizado las oportunas comparaciones e inferencias entre uno y otro estudio empírico, me voy a permitir guiarlo hacia las más importantes conexiones entre los recursos semióticos y pragmáticos que se despliegan en la relación monitor-usuario y las características de las narraciones y las habilidades comunicacionales de los usuarios de larga estancia. Así, empezaré este capítulo rastreando las características más importantes de las narrativas de los usuarios de larga estancia en las interacciones entre monitores y usuarios analizados en el estudio empírico B. Para lo cual me apoyaré en cuestiones como la expresión e identificación de las emociones, en la ausencia de contenidos delusivos, en el cumplimiento de las normas y en la capacidad de agencia de los usuarios. También, plantearé algunas reflexiones sobre la co-construcción del self de los usuarios en el

contexto de las Casas Hogares. A partir de las conexiones entre las características de las narrativas de los usuarios de larga estancia y las relaciones entre monitores y usuarios presentaré unas breves conclusiones. Por último, esbozaré algunas líneas futuras de investigación desde nuestra perspectiva metodológica.

Comenzaré por la cuestión de la expresión e identificación de las emociones propias y ajenas, así como la capacidad para detectar los posicionamientos sociales de nuestros interlocutores. En el estudio empírico A se observaba como los usuarios de larga estancia mostraban emociones más moderadas, eran capaces de realizar descripciones muy complejas de otros significativos y eran sensibles a los heteroposicionamientos de sus interlocutores, en nuestro caso, el investigador que estaba realizando la entrevista. En definitiva, demostraban una capacidad más desarrollada para leer la mente de los demás y para realizar atribuciones psicológicas. Para empezar, es fácilmente entendible que en las narrativas de los usuarios de larga estancia aparezcan los monitores como “otros” significativos con los cuales se mantienen relaciones afectivas. En los extractos E2, E60, E63, E64 del estudio empírico B, entre otros, se observa la implicación y el compromiso emocional de los monitores hasta el punto de que pueden surgir conflictos internos entre el posicionamiento de profesional y el de allegado. Este compromiso emocional aparece en todos los formatos interactivos, pero se hace evidente especialmente en los formatos “rutinas diarias”, “acompañamientos sanitarios y patologías orgánicas” y “peticiones explícitas de apoyo emocional”.

Voy a hacer énfasis en dos aspectos de las relaciones entre monitores-usuarios que pueden explicar la mayor regulación emocional de los relatos de los usuarios de larga estancia incluso cuando estos relatos son negativos. Primero, observamos que los monitores utilizan el contacto físico, además de para expresar afecto, para regular la ansiedad y otros estados emocionales de los usuarios, especialmente en el formato interactivo de “Rutinas diarias” y el de “Estados de ansiedad, alucinaciones o delusiones”. Como hemos visto en el capítulo 1 “Narrativa y Esquizofrenia” y nos recuerda Dimaggio, Salvatore y cols. (2003), un recurso narrativo esencial para la mejora terapéutica y el manejo de las emociones es fomentar el contacto con las experiencias emocionales y la articulación de los estados corporales relacionados con estas experiencias. Para los usuarios, la búsqueda del contacto físico puede ser un

método de regulación emocional, algo de lo que son conscientes los monitores; pero, además, cuando el contacto físico va acompañado de un esfuerzo por articular verbalmente los estados corporales, el usuario puede adquirir un mayor conocimiento y control de sus respuestas emocionales. Conocimiento y control que, finalmente, puede extender el usuario a las experiencias emocionales pasadas.

Hay otro aspecto importantísimo en las interacciones monitores-usuarios que puede influir especialmente en la capacidad de leer y describir emociones de otros, así como en ser sensibles a los posicionamientos sociales de los interlocutores. Como hemos visto con detalle en los extractos E77, E78, E79, los monitores andamian la respuesta emocional y la lectura de las emociones de otros de los usuarios. Especialmente significativos son los intentos de los monitores por acercar las experiencias de los usuarios en crisis a sus compañeros y los esfuerzos de éstos por lograr que los usuarios expresen emociones adecuadas en los encuentros familiares y que comprendan las emociones y expectativas de éstos (E58:L26 y siguientes). Es cierto que los citados extractos pertenecen a formatos interactivos no muy frecuentes, pero no por ello son menos significativos en la vida de los usuarios, ya que implican un cambio radical respecto a los contextos de los cuales provenían los usuarios. Desde la metodología adoptada la frecuencia de los formatos interactivos no es el criterio que determina la relevancia del mismo. Desde mi perspectiva el interés por la significancia estadística puede ser sustituido por la significancia o relevancia psicológica. Así, para el análisis del discurso lo más frecuente no es siempre lo más significativo y transformador (Edwards y Potter, 1992). Hay eventos únicos que son capaces de marcar un antes y un después.

Continuando con nuestra línea argumental es interesante remarcar que las descripciones complejas de familiares u otros significativos que hemos analizado en las narrativas de los usuarios de larga estancia, la sensibilidad para detectar heteroposicionamientos de los interlocutores, así como, en sentido opuesto, la ausencia o la pobreza de las descripciones en las narraciones de los usuarios de corta estancia pueden ser explicadas a partir de la apropiación de la habilidad de “leer” las emociones de los otros a partir de las interacciones monitores-usuarios de las que han disfrutado los usuarios de larga estancia durante años. La capacidad para leer no sólo las emociones de los otros, sino de las de uno mismo se refleja en unas narraciones más complejas, donde los posicionamientos se complementan, incluso se contradicen sin perder la coherencia.

A este respecto, veíamos en el estudio empírico A que los problemas de coherencia y cohesión de las narrativas de los usuarios de corta estancia se transformaban en descripciones y redes de posicionamientos muy complejos en las narrativas de los usuarios de larga estancia. El aumento de los conectores adversativos, que introducen perspectivas del mundo complementarias con las precedentes, en el grupo de larga estancia, refleja la introducción de distintos y múltiples posicionamientos en las narraciones de los usuarios del G2.

Además, desde hace tiempo sabemos que las interacciones con la personas a las que estamos vinculados afectivamente son el medio indispensable y esencial para aprender a regular nuestras emociones, para identificarlas y articularlas en un relato coherente (Shaver y Mikulincer, 2007)

Como hemos dicho en la discusión del estudio empírico A, la disminución de “auto-atribuciones psicológicas” y de las palabras relacionadas con el “Insight” en el grupo de larga estancia no debe entenderse como un peor conocimiento o una descripción más pobre de uno mismo. Sino como un sesgo hacía un discurso más concreto y centrado en el otro, en el mundo social más cercano. En este sentido, hemos visto como los monitores se preocupan especialmente por andamiar la lectura de las emociones de otros.

Pondré un ejemplo al respecto. Es posible decir “Reconozco que soy una persona muy sociable” (enunciado A) o “me gusta pasar el tiempo con mi familia y amigos” (enunciado B). En sentido opuesto, alguien podría afirmar “Pienso que soy una persona tímida”(A) o decir “cuando conozco a una persona nueva o estoy con muchos amigos estoy incómodo”(B). Los enunciados “A” están contruidos con partículas reflexivas y adjetivos de carácter psicológico. Los enunciados “B” desvían el foco de uno mismo hacia entorno social y en éstos aparecen categorías o escenarios sociales. Tanto un tipo de enunciado como otro muestran capacidad de análisis personal. Sin embargo, mientras que uno es de carácter individual, abstracto y psicológico, el otro tipo se refiere a los otros, al contexto social para describir una forma de ser. Ambos tipos de enunciado muestran insight. Los usuarios del grupo de larga estancia tienden hacía al segundo tipo de enunciados.

En relación con la concretización de los enunciados, durante la redacción final de esta tesis se ha concluido la aplicación de un inventario de enunciados a la misma muestra de monitores del estudio empírico B con el objetivo triangular mediante otra

metodología los resultados del análisis cualitativo (Mays y Pope, 2000). El inventario nos devuelve una radiografía de los tipos de enunciados que los monitores profieren a los usuarios durante su trabajo en las Casas Hogares. Nos excederíamos mucho de los límites del presente trabajo si incluyéramos el estudio reseñado, sin embargo permítanme adelantar algunos resultados preliminares. El análisis de los resultados de los inventarios apuntan a que los enunciados más frecuentes proferidos por los monitores están relacionados con la vida dentro de las CH o con personas del entorno más cercano de los usuarios y que estos enunciados están situados espacio-temporalmente en ausencia casi completa de concepto abstractos. Una parte de estos enunciados presentan una estructura que facilita la participación de los usuarios en la conversación. Me refiero, por ejemplo, a preguntas abiertas, petición de opiniones explícitas, opiniones vertidas desde una posición personal, etc. El análisis de las interacciones entre monitores y usuarios, especialmente el tipo de enunciados proferido por los monitores, mediante una metodología cuantitativa es una posible línea de investigación a desarrollar a partir de la presente tesis. El descenso de la categoría de “Metafísica” y el aumento de la categoría relacionada con las “Casas Hogares” en las narrativas de los usuarios de larga estancia conecta con el predominio absoluto de los enunciados “Concretos” y referidos a las “Casas Hogares” de los monitores en sus interacciones, así como con el esfuerzo de éstos por traer al “aquí y al ahora” a los usuarios.

En el análisis de las interacciones monitores-usuarios encontramos también una posible causa de la ausencia de contenidos delusivos en el G2. Entre otros, en los extractos E32, E33, E34, E35, E36 y E39 hemos analizado como afrontan los monitores los estados de ansiedad y, especialmente, las alucinaciones y otros síntomas positivos de los usuarios. Hemos identificado tres momentos en el afrontamiento de las delusiones y las alucinaciones de los usuarios por parte de los monitores. De estos tres momentos solamente en la última etapa encontramos algún tipo de exploración de la experiencia delusiva o alucinatoria mediante preguntas abiertas y una confrontación con la realidad. La técnica inicial, según hemos visto, es contraponer una historia muy concreta al relato delusivo o promover algún tipo de actividad. Según los monitores estas estrategias se traducen en “traer al aquí y al ahora” al usuario. Incluso hemos visto como un monitor renunciaba a mantener cualquier interacción con el usuario si el usuario expresaba algún

tipo de contenido delusivo derivándolo inmediatamente al usuario a los servicios sanitarios. Es decir, los monitores rechazan la verbalización de los contenidos delusivos o alucinatorios y, muy importante, promueven activamente relatos o actividades muy concretas y verificables en el entorno más cercano del usuario. Este patrón interactivo ayuda a que con el transcurso de los años los usuarios mantengan lo máximo posible las experiencias delusivas en un plano privado y que cuando las expliciten lo hagan lo más distanciadamente posible con recursos semióticos nuevos, como hemos visto en el análisis de las entrevistas de los usuarios del G2 en el apartado 5.3. Finalmente, la exploración de la experiencia delusiva o alucinatoria mediante preguntas abiertas y una confrontación con la realidad promueve en los usuarios la descripción de sus experiencias sin perder el control y utilizando conceptos apropiados. En el extracto E68 comprobamos cómo los monitores hablan directamente de la enfermedad a los usuarios con términos técnicos, aunque esto no es muy frecuente, y se “ríe con ellos de la enfermedad”. Es remarcable que los usuarios del G2 tan sólo utilizan conceptos de carácter abstracto, en este caso científico-técnicos, en algunos casos cuando se refieren a su enfermedad. También recordamos que mientras en el grupo de larga estancia encontramos referencias humorísticas a la enfermedad, en el grupo de usuario de corta estancia no encontramos ningún acto discursivo humorístico. En definitiva, los monitores, aunque rechacen los contenidos delusivos, no los abandonan sino que los acompañan proponiendo recursos semióticos y actividades alternativas.

Sin lugar a dudas, el traer “al aquí y al ahora” a los usuarios es una de las metas de los monitores en sus interacciones. Meta que no sólo es apreciable en los momentos en que los usuarios padecen algunos síntomas psicopatológicos, sino en todo momento ya que el ensimismamiento y el aislamiento son vistos como uno de los peligros en los que pueden caer los usuarios, que puede dificultar la integración. Esta meta se traduce en unos géneros discursivos privilegiados de los cuales se van apropiando los usuarios (Wertsch, 1993, 1999).

En relación con la complejidad de las narraciones de los usuarios de larga estancia es interesante preguntarse: ¿cuáles son los formatos interactivos en los que se evidencia un esfuerzo por lograr cierta *elaboración narrativa* de las experiencias de los usuarios, ya sean de carácter autobiográfico o cotidiano? Tres formatos interactivos completos son propicios para la elaboración narrativa: “Ocio y tiempo libre”,

“Mediación usuario-familia o peticiones explícitas de apoyo emocional” y “Acompañamientos sanitarios y patologías orgánicas”. Estos episodios interactivos entre monitores-usuarios en los que los primeros exploran las emociones y experiencias de los segundos y promueven relatos compartidos son, en gran parte, completamente nuevos para los usuarios. Si comparamos los contextos sociales y las redes sociales pequeñas y densas en las que se desenvolvían los usuarios mayoritariamente antes de vivir en las “Casas Hogares” con las interacciones dentro de estos recursos, no es difícil concluir que el cambio es radical. Hemos visto extractos en los cuáles los monitores promueven y andamian la elaboración de historias por parte de los usuarios. Éstos, podríamos decir, acompañamientos narrativos son de dos clases. Por una parte, tenemos las conversaciones entre monitores y usuarios sobre eventos pasados, autobiográficos de los usuarios. Como hemos vistos estos encuentros se dan sobre todo en los “acompañamientos sanitarios”, las “actividades de ocio” y “las peticiones de apoyo emocional explícito” y no son frecuentes ya que una reflexión sobre el yo y el pasado implica una gran capacidad de abstracción. Por otra parte, sin embargo, no podemos olvidar que también es posible ayudar a elaborar narrativamente experiencias cotidianas, como una excursión, una pequeña disputa con un compañero o la última visita al médico. Las interacciones más frecuentes en las que monitores y usuarios co-construyen relatos son las relativas a episodios dentro de la Casas Hogares, las cuales incluso han experimentado juntos (E40, E66). El haber experimentado el episodio del cual se está elaborando una descripción con un usuario tiene la ventaja de que el monitor conoce los referentes, por lo tanto el usuario se ve obligado a negociar con el monitor su relato y tener en cuenta las restricciones que éste le propone. Por ejemplo, una salida de ocio en la que participaron monitor y usuario. Así, no sólo podemos encontrar que un monitor pregunta a un usuario sobre una actividad de ocio en la que no ha participado, sino que un monitor y un usuario que han participado en una actividad de ocio deben de negociar conjuntamente su relato ante las preguntas de otro monitor u otro usuario. Como hemos dicho, situaciones sociales tan complejas como las señaladas son muy difíciles que sucedan en los contextos de actividad de los usuarios antes de su estancia en las CH. En mi opinión, el entrenamiento en la elaboración de narrativas debe comenzar con las narrativas más cercanas y compartidas ya que en éstas es más difícil desviarse de una narración negociada con los interlocutores lo cual, recordemos, es la

meta final. Cuando el usuario disfrute de las habilidades mínimas para llegar a acuerdos narrativos sobre eventos compartidos es posible explorar episodios autobiográficos.

Existen tres formatos interactivos en el estudio empírico B en los cuales se manifiesta de forma radical la preocupación por el *equilibrio grupal* y el *cumplimiento con las normas*. Estos tres formatos interactivos son “compulsiones y conductas extrañas”, “demandas”, “conductas disruptivas”. De alguna forma, estos tres formatos suponen un riesgo evidente de desequilibrio grupal y pueden definirse como desviaciones de las convenciones sociales o normativas. En el formato “compulsiones y conductas extrañas” hemos analizado extractos en los cuales la meta de los monitores no es sólo modificar la conducta del usuario, sino además que este acepte una definición concreta de la situación (E70, E71, E72). Es en el formato de “Demandas”, que los monitores describen como “guerra”, donde los usuarios amenazan la jerarquía de los monitores. En estas interacciones se hace evidente una lucha por el “poder”. En el formato “conductas disruptivas” los monitores se ven obligados incluso a utilizar la contención física. A pesar de llegar a estas situaciones extremas, hemos señalado otras numerosas técnicas para reconducir la situación a los cauces normativos, algunas de éstas verbales y no sólo dirigidas a la persona agresiva o causante de la situación, sino también a sus compañeros. No es extraño que los formatos interactivos “Demandas” y “Conductas Disruptivas” sean valorados negativamente por todos los monitores. A nivel no verbal se observa en los monitores cierta tensión y la expresión de evidentes emociones negativas al describir estos formatos. El formato “Demandas” es en el que los monitores expresan mayor desagrado y en el que se pone en cuestión el posicionamiento como profesionales de éstos.

Estos tres últimos formatos son extremos, sin embargo, debemos señalar que el estilo interactivo y narrativo predominante, el acto discursivo mayoritario en todas las interacciones en las Casas Hogares es principalmente de carácter normativo. Es decir, la mayoría de las interacciones están dirigidas al establecimiento de un equilibrio grupal, a un ajuste de cada usuario a las expectativas sociales normativas, a la aceptación de unas normas de comportamiento que se postulan como las canónicas y las más adaptativas. Recuerdo que la categoría “Casas Hogar” incrementa significativamente en el G2. Por ello, con el objetivo de conseguir la adaptación y el equilibrio, las narraciones de los usuarios de larga estancia se dirigen al contexto más cercano. Sin embargo, al mismo

tiempo, como he reseñado anteriormente, existen ámbitos muy significativos donde los monitores facilitan la participación de los usuarios y promueven la elaboración, por parte del usuario, de sus propios relatos. Estos ámbitos son los contextos, como ya hemos indicado, relacionados con los “acompañamientos”, “las rutinas diarias”, “actividades de ocio” y “Mediación usuario-familia” o “peticiones explícitas de apoyo emocional”.

Ayudar a los usuarios a elaborar una *narración coherente* es promover que los usuarios se conviertan en autores de sus historias y así convertirlos en agentes. Construir una historia es una forma de intervenir en el mundo. También es posible definir como *capacidad de agencia* las referencias al control de la enfermedad y a las experiencias de recuperación. No sería descabellado relacionar el aumento de la categoría de “Salud” y el control de la enfermedad que algunos usuarios del grupo de larga estancia evidencian en sus narraciones con las interacciones que hemos descrito en este estudio empírico y con el contexto de las CH en general. Aparte de ello, observamos en las interacciones que los monitores promueven la participación de los usuarios en actividades y en la toma de algunas decisiones en el formato de “Rutinas relativas a la actividad diaria”, por ejemplo en E7, E8. Dentro de este formato los episodios relacionados con las actividades en las CH los monitores utilizan argumentos complejos en los que posicionan a los usuarios como agentes activos en la sociedad, por ejemplo en el extracto E11. También observamos en el formato de “Actividades de ocio y tiempo libre” que los monitores promueven, incluso llegando a presionar con ordenes e instrucciones, la participación de los usuarios en actividades sociales (E45 y E46). Probablemente es este formato donde más se evidencia los esfuerzos de los monitores por movilizar a los usuarios. Los monitores llegan a definir a los usuarios como “superparticipativos” en las actividades de ocio y tiempo libre. También los monitores perciben sentimientos de pertenencia grupal en los usuarios en estas actividades de ocio y tiempo libre. De la misma forma en los formatos interactivos “mediación usuario-familia o peticiones explícitas de apoyo emocional” los monitores estimulan la participación activa de los usuarios en actividades familiares mediante las cuales éstos expresen sus emociones y puedan mejorar y mantener sus relaciones: “Un poco estimulándole” (E77, L10). Ejemplos de esto último los hallamos en los extractos E77 y E78. Un monitor afirma “a mí yo siempre que tenga la mínima oportunidad sea con

cosas de carácter negativo, positivo o neutro siempre mi intención es que haga algo [...]” (E78, L11). Es reseñable que no hayamos encontrado referencias en las interacciones monitores-usuarios a temáticas relacionadas con el mundo laboral y escolar, exceptuando algunos relatos de los usuarios sobre experiencias pasadas o a las situaciones imaginadas por los monitores y utilizadas como argumento para promover la participación en las actividades de las CH. En relación con este dato, recordamos que en el análisis de las narrativas de los usuarios, aunque las microestructuras relacionadas con el trabajo aumentaban en el G2 dentro de la categoría temática “Actividades sociales”, éstas no eran las más importantes.

Hemos afirmado en el análisis de las entrevistas que el concepto de “demanda de atención” o “llamada de atención” funciona como una atribución causal sobre prácticamente todas las conductas de los usuarios generadoras de estrés o que suponen algún tipo de problema para los monitores. Esta, digamos, idea-fuerza muestra algunas características interesantes y ventajosas. Veamos cómo este esquema explicativo de la conducta de los usuarios está relacionado con la capacidad de agencia de éstos. Al contrario de otros conceptos explicativos como la “descompensación”, la “llamada de atención” atribuye intencionalidad a los usuarios. Otra característica del concepto de “llamada de atención” es que considera la compañía de los monitores como un reforzador para los usuarios. Es decir, si los usuarios buscan la atención de los monitores es porque la necesitan, porque de alguna forma ejerce una influencia positiva en éstos. Esto es paradójico, porque siguiendo este hilo argumental, por ejemplo, si un usuario rompe un plato estrellándolo delante de una monitora la reflexión es que demanda la atención de la monitora, no que quiere evitar la presencia de ésta. Visto de esta forma, el concepto de “demanda de atención” conceptúa al trabajo de los monitores muy positivamente. El concepto de “demanda de atención” se encuentra alejado de la tradición psiquiátrica en el contexto de las psicosis, de hecho se encuentra más cercano al ámbito de la educación y al de la gestión sanitaria. Es decir, este concepto posiciona a los usuarios alternativamente como clientes o educandos. Más o menos como un niño travieso que necesita la continua atención de su madre. Además, posibilita tanto a monitores como a usuarios, acciones alternativas al respetar la capacidad de agencia de los usuarios. Decíamos en el análisis cualitativo de las narrativas de los usuarios (apartado 5.3) que a pesar de los esfuerzos por transmitir una perspectiva biologicista de la enfermedad, los usuarios aportan explicaciones psicosociales o biográficas de la

enfermedad. La utilización del concepto de “demanda de atención” para explicar las conductas de los usuarios por parte de los monitores también se aparta de una aproximación biológica de la conducta de los usuarios al atribuir intencionalidad. Recordamos que algunas investigaciones señalan que los profesionales que no entienden la experiencia de enfermedad de acuerdo a una perspectiva psicobiológica muestran mejor actitud hacia las personas que padecen trastornos mentales graves (Read y Haslam, 2005).

Una de las tareas esenciales de los monitores, de este modo, se define como el liberar a los usuarios de la necesidad de la búsqueda de los monitores. Es decir, lograr que los usuarios disfruten de mayor autonomía. En numerosos extractos hemos analizado como los monitores invitan a los usuarios a tomar decisiones y a que se movilicen. Ésta es la segunda meta junto con el “traer al aquí y al ahora”. Me refiero a lograr que los usuarios “hagan algo” (E78), que tengan iniciativa para iniciar acciones, conseguir que los usuarios disfruten de cierta “independencia” de los monitores (E48). “Traer al aquí y al ahora” supone sujetar a los usuarios a la realidad social y a sus normas, en este sentido implica un grado alto de interdependencia. Pero al mismo tiempo, se promueve cierta capacidad para iniciar de forma autónoma líneas de acción. Superficialmente estas dos metas pueden parecer contradictorias. De nuevo, algunas contribuciones de la psicología cultural puede ayudarnos a disolver esta aparente contradicción. Kagitcibasi (2005) denomina “self autónomo-relacionado” al “self” privilegiado por las sociedades urbanas occidentales que han disfrutado en las últimas décadas de un importante crecimiento económico. Al contrario que las clásicas distinciones entre “selves” “independientes” e “interdependientes”, Kagitcibasi propone dos dimensiones distintas para describir los tipos de “selves”: Agencia (autonomía-heteronomía) y distancia interpersonal, (“separateness –relatedness”⁵). Según esta autora, este modelo de “self” “autónomo-relacionado” es producto de un patrón interactivo denominado como de “interdependencia psicológica”. Este patrón interactivo se encuentra en un punto intermedio entre el “familiar tradicional” característico de la interdependencia generacional y el “individualista” basado en la independencia. Este patrón interactivo facilita la creación de identidades íntimamente conectadas, pero en las que, debido a la “debilidad de la interdependencia material

⁵ No existe una traducción apropiada al español. Podríamos traducir como “separatividad-relacionividad”.

intergeneracional”, empieza a introducir la autonomía como un valor. Reproduzco un párrafo de esta autora para aclarar su razonamiento:

La debilidad de la interdependencia material intergeneracional permite que la autonomía se introduzca en la crianza de los niños. Esto es porque la autonomía de los niños ya no es vista como una amenaza ya que su contribución material ya no es requerida para la supervivencia de la familia. No obstante, porque la interdependencia psicológica continúa siendo valorada, la conectividad en el crecimiento de los niños es deseada, preferiblemente que la “separateness”. Por lo tanto, junto con la autonomía, continúa habiendo control preferentemente que permisividad en la crianza de los niños, y el control puede funcionar como una fuerza centrípeta preferentemente que una fuerza centrífuga. No existe un estilo parental autoritario porque con la autonomía permitida el control se convierte en un escenario ordenado preferiblemente que dominante (Kacticibasi, 2005, pág. 411).

A partir de esta contribución de Kacticibasi, sería razonable pensar que el escenario sociocultural de las CH reproducen este estilo interaccional y promueven una construcción de la identidad privilegiadas en las sociedades urbanas occidentales. Es decir, las CH pueden ser entendidas como espacios donde exponer a los usuarios de forma intensa y controlada de un contexto interaccional normalizado.

En relación con el escenario socio-cultural de las CH, son muchos los aspectos analizables que pueden determinar el tipo de narrativas de vida que construyen los usuarios, y en definitiva, sobre qué bases construyen su identidad las personas con TMG que allí residen. Probablemente algunos de estas dimensiones de análisis podrían constituir otra tesis. Entre otros aspectos hubiera sido posible analizar la influencia en el discurso de los monitores de los cambios en la gestión de la institución en los últimos años, sobre todo en relación con la normativa y la protocolización de muchas actividades dentro de las CH, y cómo es posible encontrar espacios de tensión entre el discurso de la institución, el de los profesionales que trabajan para esta institución y el discurso de los residentes de las Casas Hogares. Algunos de estos espacios de tensión han sido señalados en la introducción al método. Permítanme comentar brevemente otro de estos aspectos analizables. Me refiero al grado de profesionalización que se observa en las descripciones de las interacciones monitores-usuarios. Para Cole y Engeström, (1993) una dimensión esencial para describir los sistemas de actividad es la “división del trabajo”. Es decir, como se organizan las tareas que en el escenario se consideran esenciales para lograr las metas definidas en éste. Voy a señalar un factor relacionado

con la división del trabajo que creo esencial para comprender la complejización de las narrativas de los usuarios del grupo de larga estancia. Como he indicado en la introducción al método el grupo laboral de los “monitores” está en proceso de profesionalización. Es posible hallar en las entrevistas a los monitores, aunque no vayamos a analizar en esta tesis este aspecto, que los monitores no muestran una identidad profesional clara y estable. Esta falta de homogeneización de la formación y variedad de experiencias profesionales de los monitores permite que la imagen de sí mismo que reciben los usuarios a partir de los géneros y lenguajes sociales que utilizan los monitores sea muy diversa. Al contrario que en otros escenarios de actividad, como un hospital, donde todos los agentes comparten, una visión, una definición, un lenguaje social y, me atrevería a decir, una ideología, mediante los cuales interaccionar con los pacientes, en las CH cada monitor devuelve una perspectiva o una visión distinta de los usuarios. Lo cual se corresponde más rigurosamente con los contextos sociales naturales.

La pregunta que nos asalta a estas alturas es dónde situar el punto intermedio entre la profesionalización, la adquisición de conocimientos técnicos y científicos la normalización necesaria para mejorar la eficacia de nuestros profesionales, mientras que se respeta la diversidad de perspectivas, la naturalidad en las interacciones, la comprensión y el trabajo personal de cada profesional con cada usuario. Probablemente la respuesta a esta cuestión está relacionada con la transformación de los planes y métodos de estudio en el ámbito de la salud mental. Transformación que debe ser dirigida a la inclusión en los currícula de las profesiones sanitarias y sociales relacionadas con la salud mental de las experiencias subjetivas de pacientes y profesionales mediante la utilización de historias en primera personas, narrativas o una metodología cualitativa que permita a los profesionales comprender a las personas con TMG de forma compleja y humana (Brown, B., Crawford, P. y Carter, R. 2006). En esta línea están trabajando algunos grupos de investigación como el grupo de investigación Health, Language Research Group de la Universidad de Nottingham (<http://www.nottingham.ac.uk/english/research/HLRG/Researchers.htm>).

Antes de apuntar algunas posibles líneas de investigación futura, expongo cuatro conclusiones esenciales, resultantes de los dos estudios empíricos y del fundamento teórico en este trabajo.

- 1) De acuerdo con las aportaciones de la psicología socio-cultural, esta investigación refleja una conexión entre los recursos discursivos que muestran los usuarios en sus narrativas de vida con los recursos privilegiados en los escenarios socioculturales donde se desenvuelven éstos, especialmente con el tipo de interacciones con los monitores del citado escenario.
- 2) Esta tesis muestra que es posible rastrear los nuevos recursos semióticos y pragmáticos que utilizan las personas en sus narrativas de vida mediante un microanálisis de las interacciones con “otros” significativos, que corresponden a la categoría de expertos, en el escenario de actividad donde participan. En este sentido, la investigación con metodología cualitativa es esencial para analizar las funciones psicológicas como procesos imbricados en las actividades en las que participan las personas.
- 3) Las intervenciones no sistemáticas y globales como la inclusión de personas con trastornos mentales graves en las Casas Hogares tiene importantes repercusiones a nivel psicológico y social para éstos.
- 4) Dentro de estas repercusiones psicológicas se encuentra la capacidad para construir una narrativa de vida coherente y, por lo tanto una identidad social que pueda ser reconocida en sociedad. Desde la perspectiva de la “Recuperación” de las personas con trastornos mentales graves es necesario, primero, investigar como se apropian estas capacidades narrativas de los escenarios sociales en los que estas personas se desenvuelven. Segundo, es necesario promover las condiciones para que se creen escenarios terapéuticos para las personas con Trastornos Mentales Graves.

Son muchas las líneas de investigación que son posibles seguir a partir de las conclusiones de esta tesis. Me voy a limitar a señalar tres que considero interesantes. Las dos primeras se derivan directamente de los objetivos de la presente tesis, de sus conclusiones y de la metodología utilizada. Y por lo tanto, podría considerarse como la

línea natural a seguir. La tercera línea de investigación ha ido tomando forma tangencialmente durante el análisis de las entrevistas a los usuarios.

Empezamos con esta última línea de investigación. Como parte del análisis de las entrevistas de los usuarios se han detectado un número importante de microestructuras delusivas, en la gran mayoría pertenecientes a usuarios de corta estancia en las CH. Sería interesante realizar un análisis lingüístico amplio de las características específicas de estas microestructuras. En la misma línea, en nuestras entrevistas hemos podido observar algunos diálogos internos de los usuarios con sus voces alucinatorias. Diferentes investigaciones sobre alucinaciones auditivas coinciden en el punto en que se entrecruzan los problemas para reconocer como propia el habla interna de las personas que sufren alucinaciones auditivas y los patrones interactivos disfuncionales con las voces y con “otros” en el mundo social (Birchwood, Meaden, Trower, Gilbert y Plaistow, 2000; Ditman y Kuperberg, 2005; Margo, Hemsley y Slade, 1981; Vaughan y Fowler, 2004). Habíamos señalado en el apartado 5.4, cómo nos señala la teoría socio-cultural, que los nuevos recursos semióticos adquiridos, como nuevos géneros discursivos utilizados para dar cuenta de la experiencia de enfermedad, pueden ser entendidos como modos de pensamiento y transformar nuestros procesos psicológicos. En este sentido, una propuesta de investigación es el análisis cualitativo de las relaciones de los usuarios con sus voces como interacciones sociales para observar como se transforma la morfología de las experiencias alucinatorias y delusivas. De hecho, al tiempo de presentar esta tesis un artículo relacionado con este tema está bajo revisión (Saavedra, Lucius-Hoene, Santamaría, 2009). La pregunta, de importantes repercusiones terapéuticas, a responder en esta línea de investigación sería: ¿nuevas formas de interactuar con las voces y nuevos modos de pensamientos pueden transformar la experiencia y el control sobre las alucinaciones auditivas?

De las dos líneas de investigación restante, una posible propuesta consiste en ampliar nuestro estudio tomando nuevos escenarios como factores explicativos para verificar la conexión entre el escenario sociocultural de las CH y las narrativas de los usuarios que allí viven. Por ejemplo, podrían analizarse las narrativas de usuarios de otros recursos residenciales o clínicos. En estos escenarios se analizaría también el cambio en las narrativas de los residentes en los citados recursos residenciales. De esta forma se podría observar cambios diferenciales en las narrativas dependiendo de los escenarios de actividad. Estos recursos podrían ser los “Pisos Asistidos” pertenecientes

a FAISEM u otros recursos de corte sanitario como las “Comunidades Terapéuticas” pertenecientes al Sistema Andaluz de Salud. Un paso adelante en el análisis de los escenarios socioculturales de actividad sería la grabación en video de interacciones entre monitores y usuarios. No obstante, soy consciente de los problemas de carácter ético y metodológico que conllevan. Para ser más rigurosos es posible combinar el estudio distintos escenarios de actividad con un diseño longitudinal de las narrativas de los usuarios que allí viven. De hecho, algunos análisis longitudinales se han realizado ya con usuarios entrevistados en esta tesis (Saavedra, 2009a). Evidentemente es posible aumentar el número de entrevistas, aunque si no se quiere renunciar a un análisis cualitativo extenso, como es mi caso, una muestra amplia requeriría un número de horas de trabajo ingente.

Existe un factor ampliamente estudiado en la psicología socio-cultural y relacionado con uno de los escenarios socioculturales más importantes en nuestra sociedad que hemos intentado igualar en nuestra muestra en los dos grupos. Me refiero al recorrido escolar y profesional de los usuarios. Especialmente importante es la experiencia académica, la cual puede influir en los recursos de los usuarios para elaborar narrativas de vida. En el trabajo de investigación previo a esta tesis con una muestra de sólo 10 usuarios también se desglosaron los usuarios dependiendo de su experiencia escolar y académica para analizar la influencia de este factor en los criterios de análisis utilizados. Siempre resultó más significativa la influencia del tiempo de estancia que la experiencia escolar. En la presente tesis se decidió intentar igualar este factor en la muestra e incluir el análisis de las interacciones entre usuarios y monitores. En cualquier caso, siempre es posible analizar la influencia del periodo de escolarización en la muestra ampliada a 18.

El tercer campo de investigación que quisiera apuntar, complementario con el anterior, es la exploración de intervenciones de carácter narrativo mediante la programación de actividades con el que objetivo de que las personas con trastornos mentales graves adquieran habilidades y recursos narrativos de forma más sistemática aprovechando los resultados y conocimientos adquiridos por el presente trabajo y otros reseñados. El objetivo sería sistematizar mediante un programa de intervención dentro de las CH algunas de las propiedades que se han observado en las interacciones entre monitores y usuarios. Sin lugar a dudas, implantar un programa de intervención y su

correspondiente evaluación requeriría la utilización de una metodología alternativa a la estrictamente cualitativa, ya que a nivel de gestión de la salud mental la medicina basada en la evidencia es la regla y se hace imprescindible un lenguaje común. Algo al respecto hemos debatido en el apartado 3.1 del presente trabajo. Sin ser exhaustivo al respecto, tan sólo apunto dos posibles instrumentos estandarizados validados que podrían ayudarnos por una parte a seleccionar la muestra, y por otra, a controlar con rigurosidad el efecto de la situación clínica y de los síntomas en la elaboración de las narrativas y su reflejo en éstas. Entre otros, sería posible utilizar una entrevista diagnóstica clínica como el SCID-I (*Structured Clinical Interview* for DSM-IV Axis I Disorders) para asegurar el diagnóstico y para evaluar la situación sintomatológica actual aplicar por ejemplo el PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale).

Para terminar me gustaría realizar una pequeña reflexión. En muchas ocasiones, son las experiencias en contextos sociales determinados las que logran que los seres humanos puedan sentirse acogidos sin resultar ahogados, las que recuperan no sólo a las personas con TMG, sino a todos los seres humanos que sufren una situación de crisis. Son las propiedades y los procesos psicológicos que impulsan estos contextos terapéuticos no sistemáticos los que deben ser estudiados. Dejando a parte todo el lenguaje social técnico, más allá de un modo de pensamiento científico, podríamos decir que de lo que hemos estado hablando es de escenarios sociales que promueven una vida “buena” para todos, personas con trastornos mentales graves y sin trastornos mentales graves.

Esto me lleva a expresar dos reivindicaciones. La primera es la reivindicación del valor de la humildad en el trabajo científico puesto que allí donde nuestras intervenciones terapéuticas fracasan, las experiencias de vida pueden triunfar. La segunda reivindicación refleja mi apuesta por una investigación cualitativa, sin renunciar a ninguna aproximación metodológica, que respete el “misterio” de las relaciones humanas y que no trate de conquistar y desvelar la realidad violentamente como ha defendido la ciencia positiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abelardo, R. (1997). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Alonso, B., García, B., y Salamero, C., (1997) Habilidades de autocontrol y manejo del estrés. En Rodríguez, A. (Coord.), *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp.210-22).Ediciones Pirámide. Madrid 1997.
- Amir, N., Stafford, J., Freshman, M., Foa, E.B. (1998). Relationship between trauma narratives and trauma pathology. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 11, Nº 2.
- Andreasen, N. C. (1979). The clinical assessment of thought, language and communication disorders". *Archives of General Psychiatry*, 36; 1315-21.
- Andreasen, N.C (1982). "Negative versus Positive schizophrenia: definition and validation", *Arch. Gen. Psych*, 39, 789-794.
- Anthony, W (1980). A rehabilitation model for rehabilitating the psychiatrically disabled. *Rehabilitating Counseling Bulletin*, 24, 6-12.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of mental health service system. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16:11-23, 1993.
- Anthony, W.A. (2001). Need for recovery compatible evidence-based practices. *Mental Health Weekly*.
- Anthony, W. A., Cohen, M y Farkas, M. (1982). *Psychiatric Rehabilitation*. Ediciones Universidad de Boston. Center for Psychiatric Rehabilitation.

- Aparicio, V. (1986). Rehabilitación e integración: una cuestión abierta. *Informaciones psiquiátricas*, 131, 13-19.
- Appel, M. (2005). La entrevista autobiográfica: Fundamentos teóricos y la praxis mostrada a partir del estudio de caso sobre el cambio cultural de los Otomíes en México. *Forum Quaitative Social Research*. Volume 6, N° 2, Art, 16. http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-05/05-2-16-s_p.html.
- Austin, J.L. (1971). *Palabras y acciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Azorin, J. M. (1995). Long-Term tratment of mood disorders in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 388(Suppl.): 20-23.
- Baddelay, A., Thornton, A., Chua, SE., y Mckenna, P. (1996). Schizophrenic delusión and the construction of the autobiographical memory. En: Rubin, D. (Coord.). *Remembering Our Past: Studies in Autobiographical Memory*, Cambridge: University Press, p.384-428.
- Bakhtín, M. (1986). *Problemas de la poética de Dostoievski*. México: FCE.
- Bakhtín, M. (1987). *Speech genres and other late essays*. Austin: University of Texas Press.
- Bamberg, M. & Georgakopoulou. A. (n.d). Small Stories as a new perspective in narrative and identity análisis. Recuperado de la red el día 25 de Abril 2008 en:
http://www.clarku.edu/~mbamberg/Material_files/michael_and_alex.doc.
- Bamberg, M. (1997). Positioning between structure and Perfomance. *Journal of Narrative and Life History*, 7, 335-342.
- Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid: AKAL.

- Basaglia, F. (1987). *Psychiatry Inside Out: Selected Writings of Franco Basaglia*. N. Scheper-Hughes and A.M. Lovell, Eds. (Trans. A.M. Lovell and T. Shtob). New York: Columbia University Press.
- Bazin, N., Sarfati, Y., Lefrère, F., y cols (2005). Scale for the evaluation of communication disorders in patients with schizophrenia: A validation study. *Schizophrenia Research*, 77, 75-84.
- Bebout, R., Maxime, H (1995). Personal myths about work and mental illness: Response to Lysaker and Bell. *Psychiatry*. Vol. 58, Iss 4. Pág. 410.
- Bentall, R. (2003). *Madness Explained*. London: Penguin Books.
- Berg A, y Hammitt, K.B. (1980) Assessing the psychiatric patient's ability to meet the literacy demands of hospitalization. *Hosp Community Psychiatry*. 31:266–268.
- Billig, M. (2005). *Laughter and Ridicule: toward a social critique of humour*. London: Sage.
- Birchwood, M., Meaden, M y cols. (2000). The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine*, 30, 337-344.
- Blackwood, N.J., Howard, R.J., and Bentel, R.B.(2001) Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions. *American Journal of Psychiatry*. 52:295-303.
- Bleuler E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig y Viena: Aschaffenburgs Hanb. Der Psychiatrie.
- Boatas, F., Pellejero, A.J., Rego, A. (1991). Análisis de la conducta suicida en la esquizofrenia. *Psiquis*, Vol. 12, 21-25.
- Bouricius, J.K., (1989). Negative symptoms and emotions in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 20-208.

- Borg, M. (2007). *The Nature of Recovery as Lived in Everyday Life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. Trondheim: NTNU Norwegian University of Science and Technology
- Boydell, K.M., Gladstone, B.M., Crawford, E. y Trainor, J. (1999). Making do on the outside: Everyday life in the neighbourhoods of consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23 (1), 11-17.
- Boydell, K.M., Gladstone, B.M., Volpe, T. (2003). Interpreting narratives of motivation and schizophrenia: A biopsychosocial understanding. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Tomo 26, N^o4, pág. 422.
- Brockmeier, J., Wang, M., Olson., D.R. (2002). *Literacy, narrative and Culture*. Surrey: Curzon Press. Richmond.
- Brown, B., Crawford, P. y Carter, R. (2006). *Evidence-Based health Communication*. Open University Press: Berkshire.
- Brown, G., y Rutter, M. (1966) The measure of family activities and relationship: A methodological study: *Human Relation*, 19, 241-63.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, posible worlds*. Cambridge: M.A. Harvard University Press.
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bruner, J. (1996). *The culture of education*. Cambridge: M.A. Harvard University Press.
- Bruner, J. (1997a). *La educación puerta de la cultura*: Madrid. Aprendizaje Visor.
- Bruner, J. (1997b). A Narrative Model of Self-Construction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 818(1), 145-161

- Bruner, J. (2001). Self-making and world-making. En J. Brockmeier y D. Carbaugh (Eds.) *Narrative and Identity Studies in Autobiography, Self and Culture*. Amherst: University of Toronto & Freie Universität Berlin. (pp.25-37)
- Bryson, G., Bell, M.D., Lysaker, P y Zito, W. (1997). The work behaviour for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 20, N° 4, 47-54.
- Cala, De la Mata y Sánchez, (1994). Attitudes and values in women: an investigation into discourse in Adult Education. En: Wertsch, J.V. y Ramírez, J.D. (eds.) *Literacy and others forms of mediated action*. Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Caldwell, C.B., y Gottesman, I.I. (1990). Schizophrenia kill themselves too: A review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16(4):571-589.
- Cameron, N. (1944). Experimental analysis of schizophrenia thinking. En J.S. Kasanin (ed.), *Language and Thought in Schizophrenia*. New York: Norton.
- Cameron, N. (1947). *The psychology of behaviour disorders*. Boston: Houghton Mifflin.
- Campbell , R.S. & Pennebaker, J.W. (2003). The secret life of pronouns: Flexibility in writing style and physical health. *Psychological Science*, 14, 60-65.
- Castejón, M. A., López, R. C., y Fernández, M. V. (1997). Motivar en rehabilitación. En Rodríguez, A. (Coord.). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp.124-140).Ediciones Pirámide. Madrid 1997.
- Caughey, J. L. (1984). *Imaginary social worlds: A cultural approach*. Lincoln: University of Nebraska. Christian-Smith, LK.
- Cerviño, M.J y Blanco, M. (1997). Rehabilitación de déficits cognitivos. En Rodríguez, A. (Coord.). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp.172-188). Madrid: Ediciones Pirámide.

- Chung, C.K., & Pennebaker, J.W. (2005). Assessing quality of life through natural language use: Implications of computerized text analysis. In W.R. Lenderking and D.A. Revicki (eds.), *Advancing health outcomes research methods and clinical applications* (pp 79-94). Washington, DC: Degnon Associates.
- Chung, C.K., & Pennebaker, J.W. (2007). The psychological functions of function words. In K. Fiedler (Ed.), *Social communication* (pp. 343-359). New York: Psychology Press.
- Clarke, A. (2005). *Situational Analysis: Grounded Theory After the Postmodern Turn*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ciampi, L. (1987). Toward a coherent multidimensional understanding and therapy of schizophrenia: Converging new concepts. En J.J Strauss, W. Boker y H.D. Brenner (eds.), *Psychological treatment of schizophrenia*. Toronto: Hans Huber Publishers.
- Cole, M. (1996). *Psicología Cultural: Una disciplina del pasado hacia el futuro*. Madrid: Morata.
- Cole, M. y Engestrom, Y. (1993). A cultural-historical approach to distributed cognition. En G. Salomon (Ed.), *Distributed Cognitions. Psychological and Educational Considerations* (pp. 1-46). Cambridge: Cambridge University Press.
- Colodrón, A. (1990). *Las esquizofrenias: Síndrome de Kraepelin-Bleuer*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A..
- Costa, M., y López, E. (1983). Aportaciones de la ciencia del comportamiento en un Servicio Nacional de salud. *Papeles del colegio*, 9, 11-21.
- Cotton, P.G., Drake, R.E., y Gates, C. (1985). Critical treatment issues in suicide among schizophrenics. *Hospital and Community psychiatry*, 145:460-463.
- Crow, T. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: More than one dimension of pathology? *British Medical Journal*, 280, 66-8.

- Davidson, L. (1999). From non specific factors to disorder specific treatment for schizophrenia: Commentary on Willians and Collins. *Psychiatry*, 62, 79-82.
- Davidson. L y Strauss. J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mentall illness. *Br J Med Psychol* 65:131, 1992.
- de la Mata, M. L y Sánchez, J.A. (1991). Educación formal y acciones de agrupación y memoria en adultos: Un estudio microgenético. *Infancia y Aprendizaje*, 53, 75-97.
- Dimaggio, G., Salvatore, G. y cols, (2003). Dialogical relationship in impoverished narratives: from theory to clinic practice. *Psychology and psychotherapy: Theory research and practice*, 73, 385-409.
- Dimaggio, G y Semerari, A. (2004). Disorganized Narratives: The psychological condition and its treatment. En Angnus, L.E y McLeod. J. *The Handbook of Narrative and Psychotherapy* (263-282). Sage Publication.
- Ditman, T., & Kuperberg, G.R. (2005). A source monitoring account of auditory verbal hallucinations in schizophrenia. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 280-299.
- Documento de trabajo núm. 1: Criterios para el desarrollo del programa residencial (2000). *Departamento de Programas, Evaluación e investigación. FAISEM. Sevilla.*
- Documento de trabajo número 2: Criterios para el desarrollo del Programa Ocupacional-Laboral. (2000). *Departamento de Programas, Evaluación e investigación. FAISEM. Sevilla.*
- Doherty, N., Derosa, M., y Andreasen, N. (1996). Communication disturbances in schizophrenia and mania. *Archives of General Psychiatry*, 53: 358-64.
- Dorvil, H., Morin, P., Beaulieu, A. y Robert. D. (2005). Housing as a social integration factor for people classified as mentally ill. *Housing Studies*, 20(3): 497-519.

Drake, R. E., Bartels, S., y Torrey, W. (1989). Suicide in Schizophrenia: Clinical approaches. In: Willians, R., y Dalby, J.T., eds. *Depression in Schizophrenia*. New York, NY: Plenum. Pp. 171-183.

Durkin, K.(1995). *Developmental Social Psychology*. Oxford: Balckwell.

Edwards, D. y Potter, J. (1992). *Discourse Psychology*, Londres: Sage.

Eichenbaum, (2003). *Neurociencia cognitiva de la memoria*. Barcelona. Ariel.

Elizabeth, M y Ryan, K. (2002). Conocer las necesidades emocionales del paciente. En *Estados iniciales de la esquizofrenia*. Compiladores Zipursky, R.B., Schulz, S.CH. Barcelona: Ars Medica.

Falloon, I., Boyd, J. y McGill, C. (1981). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press.

Farberow, N.L., y Shneidman, E.S., eds.(1965). *The Cry for Help*. New York, NY: McGraw-Hill.

Frank, A. (1995) *The wounded Storyteller: Body, Illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.

Franck, N., Farrer, C., Geirgueff, N y cols. (2001). Defective recognition of one's own actions in patient with schizophrenia. *American Journal Psychiatry*, 158, 1131-1139.

Fernández Aguirre, González Cases y colaboradores, (1997). El campo de la rehabilitación psicosocial. En Rodríguez, A. (Coord.). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos (pp.85-96)*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernández Blanco, J., Cañamares Yelmo, J.M., Otero Domínguez, V., (1997). Evaluación funcional y planificación de la intervención en la rehabilitación psicosocial. En

Rodríguez, A. (Coord.). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp.103-116). Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernández, I., Páez, P. y Pennebaker, J.W. (2009). Comparison of expressive writing after the terrorist attacks of September 11th and March 11 *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 9(1): 89-103

Fivush, R. (2007a). Maternal reminiscing style and children's developing understanding of self and emotion. *Clinical Social Work Journal*, 35, 37-46.

Fivush, R. (2007b). Remembering and reminiscing: How individual lives are constructed in family narratives. *Memory Studies*, 1(1), 45-54.

Fitzsimmons, G. M., & Kay, A. C. (2004). Language and interpersonal cognition: Causal effects of variations in pronoun usage on perceptions of closeness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 5, 547-557,

Foucault, M (1991). *Enfermedad mental y personalidad*. Paidós Studio. Barcelona.

Frank, A. (1995) *The wounded Storyteller: Body, Illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.

Frese, F., Stanley, J., Kress, K., y Vogel-Scibita, S. (2001). Integrating evidence-based practices and the recovery model. *Psychiatric Services* 52(11), 1462-1468.

Frías, D.M., Llobel, J.P. y García, J.F. (2000). Tamaño del efecto del tratamiento y significación estadística. *Psicothema*, 12(2): 236-240.

Gallagher, W. (1993). *The power of place*. New York: Poseidón Press.

Garfinkel, H. (2002). *Ethnomethodology's program: Working out Durkheim's aphorism* (Edited and introduced by Anne Warfield Rawls). Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

- Geertz, C. (1987). Descripción densa: hacía una interpretación de las culturas. En la interpretación de las culturas. (pág. 19-38). Barcelona: Gedisa.
- Gergen, K.J, y Gergen, M.M. (1986). Narrative form and the construction of psychological science. En T.R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology*. New York: Praeger.
- Gergen, K.J. (1996). *Realidades Y Relaciones. Aproximaciones A La Construcción Social*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K.J. (1997). El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. Barcelona: Paidós contextos.
- Gibbs, A., David, A. (2003). Delusion formation and insight in the context of affective disturbance. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 12, 3.
- Goffman, E. (1961). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrutu Ediciones.
- Goffman, E. (1983). Internados. *Ensayo sobre la condición social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrutu Ediciones.
- Goldstein, M. y Caton, C. (1983). The effects of the community environment on chronic psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 13, 193-9.
- Gonçalves, M. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de terapia breve*. Bilbao: Editorial Declée de Brouwer, S.A.
- Gonçalves, M y Salgado, J. (2001). Mapping the multiply of the self. *Culture and Psychology*. Vol. 7(3), 367-377.
- Guidano, V.F. (1991). *The self in process*. Nueva Cork: Guilford.

- Guidano, V.F. (2000). Psicoterapia cognitiva postracionalista y ciclo de vida individual. *Revista de psicoterapia*. Vol. XI- N°41
- Guidano, V.F. (2001). El modelo cognitivo postracionalista. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.
- Habermas, T. y Bluck, S. (2000): Getting a life: the emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, **126**, 748-769.
- Haddock, G., Wolfenden, M., Lowens, I., Tarrier N., and Bentall, R. (1995). The effect of emotional salience on the thought disorder of patients with a diagnosis schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 167:618-20.
- Hamilton y cols. (1989). Social network and negatives versus positives symptom of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 625-633.
- Harré, R. & Langenhove, L. (1999). Positioning Theory: Moral contexts of intentional action. Oxford: Blackwell.
- Harrow, M., y Millar, J. (1980). Schizophrenic thought and impaired perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 89: 717-27.
- Harrow, M., y Prosen, M. (1978). Intermingling and the disordered logic as influences on schizophrenic thought". *Archives of General Psychiatry*, 35: 1213-18.
- Harvey, P. y Neale, J. (1983). The specificity of thought disorder to schizophrenia: research methods in their historical perspective. In Mahler, B. y Maher, W (eds.), *Progress in Experimental personality research*. New York: Academic Press.
- Hegel, G. W. F. (1986). *Fenomenología del Espíritu*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Heilä, H., Isometsä, E.T., y cols. (1997). Suicide and schizophrenia: A nationwide psychological autopsy study on age and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154(9):1235-1242.
- Hermans, H.J.M. (1994). Former crazies in the community. In *doing Everyday life: Ethnography as Human Lived Experience*, Dietz, M., Prus, R., y Shaffir, W., (Eds). Copp Clark Longman Ltd., pp 354-372.
- Hermans, H. J. M. (1995). From assessment to change: The personal meaning of clinical problems in the context of the self-narrative. En R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 247-272). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hermans, H.J.M. (1996). Voicing the Self: From Information processing to Dialogical Interchange. *Psychological Bulletin*. Vol. 119. N° 1.31-50.
- Hermans, H.J.M. (2001a). The dialogical self: toward a theory of personal and cultural positioning. *Culture and psychology*. Vol, 7(3): 243-281.
- Hermans, H.J.M. (2001b). The construction of a personal position repertory: Method and practice. *Culture and Psychology*. Septiembr, 243-281.
- Hermans, H.J.M (2003). Clinical diagnosis as a multiplicity of self position: Challenging social representations theory. *Culture and Psychology*. Vol. 9(4), 407-414.
- Hermans, H.J.M. (2004). The innovation of self-narratives: A dialogical approach. En Angnus, L.E y McLeod. J., *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. (175-192) Sage Publication.
- Hogarty, G.E. (1984). Depot neuroleptics: The relevance of psychosocial factors. *J Clinic Psychiatry* 45:36-42.
- Holland, D., Lachicotte, W., Skinner, D., Cain, C. (1998). *Identity and agency in cultural worlds*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

- Holma, J y Aaltonen, J. (1995). The self-narrative and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 17, 307-316.
- Holma, J y Aaltonen, J. (1997). The sense of agency and the search for narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 19, 463-477.
- Holma, J y Aaltonen, J. (1998a). Narrative understanding and acute psychosis. *Contemporary family Therapy*, 20, 253-263.
- Holma, J y Aaltone, J (1998b). The experience of time in acute psychosis and schizophrenia. *Contemporary family Therapy*, 20, 265-267.
- Holmes, J. (1999). Defensive and creative uses of narrative in psychotherapy: An attachment perspective. In G. Roberts and J. Holmes, *healing stories: Narrative in psychiatry and psychotherapy* (pp 49-68). Oxford: Oxford University Press.
- Huxley, N.A., Rendall, M., Sederer, L.I. (2000). Psychosocial Treatments in Schizophrenia. A Review of the Past 20 Years. *Nervous and mental Disease*. Vol. 188, N° 4.
- Jablensky A, Sartorius N., Ernberg G., Anker M., Korten A., Cooper J.E., Day R., Bertelsen A.(1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph Supplement 20*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Jacobson, N. (2001). Experiencing Recovery: A Dimensional Analysis of Recovery Narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (3), 248-256.
- Jacobson, N. y Curtis. L. (2000). Recovery as Policy in Mental Health services: Strategies Emerging from the States. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4): 333-341.

- Jacobson, N. y Greenley, D. (2001). A Conceptual Model of Recovery. *Psychiatric Services*, 52(5): 688 - 688.
- Jenkins, J.H. y Carpenter-Song, E. (2006). The new paradigm of recovery from schizophrenia: cultural conundrums of improvement without cure. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 29: 379-413.
- Jones, J.S., y cols. (1994). Negative and depressive symptoms in suicidal schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(2):81-87.
- Jones, R., Chesters, J., Flechter, M., (2003). Make yourself at home: People living with psychiatric disability in public housing. *International Journal of Psychosocial rehabilitation*. 7, 67-79.
- Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., y Freedy, J.R. (1992). Posttraumatic stress disorder field trial report : A compressive review of the initial results. *Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association*.
- Kinderman y cols., 2000. Recent Advances in understanding mental illness and psychotic experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, 57, 953-73.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. NewYork: Basic Books.
- Kleinman, A. (1999). Moral experience and ethical reflection: Can medical anthropology reconcile them? *Daedalus* 128: 69-99.
- Kraepelin, E. (1887). *Psychiatrie*, 2ª ed., Leipzig: Abel.
- Kraus, W. (2000). Making Identities Talk. On Qualitative Mathods in a Longitudinal Study. *Forum Qualitative Sozialforschung*. [On-Line Journal]. Avaible at: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-00/2-00Kraus-e.htm>.

- Labov, William. (1972). *Sociolinguistic patterns*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Laguna E y Turull, N. (2000). Aplicaciones del análisis del discurso en rehabilitación psicosocial con pacientes esquizofrénicos. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 27(4), 193-200.
- Laing, R.D. (1978). *El yo dividido: Un estudio sobre la salud y la enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Leichman, M. D., Wang, Q., & Pillemer, D. B. (2003). Cultural variations in interdependence and autobiographical memory: Lessons from Korea, China and India. In R. Fivush & C. A. Haden (Eds.), *Autobiographical memory and the construction of a narrative self: Developmental and cultural perspectives* (pp. 73-98). Mahwah, NJ: Laurence Erlbaum Associates.
- Lieberman, R.P. (1986). Coping and competence as protective factors in the vulnerability-stress model of schizophrenia. En M.Goldstein, I. Hand y K.Hahlweg (eds.), *treatment of schizophrenia*. Berlín: Springer-Verlag.
- Lieberman R.P. (1994) Psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry* 57:104-114.
- López, García-Cubillana y cols (2005a). Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía: perfiles funcionales y redes sociales de los residentes”. *Rehabilitación Psicosocial*; 2 (2): 44-55.
- López, García-Cubillana y cols (2005b). Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía: actitudes y grado de satisfacción de los residentes. *Rehabilitación Psicosocial*, 2 (2), 56-63.
- López, M., Lara, L., Laviana, M., Fernández, L., y cols. (2004). Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. *Archivos de Psiquiatría*, 67 (2), 101-128

- López. M. y Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 27 (99): 187-223.
- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Lord, J., y Hutchinson, P., (1993). The Process of empowerment: Implications for theory and practice. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 12(1), 5-21.
- Lucius-Hoene, G. (2000a). Constructing and Reconstructing Narrative identity. *Forum Qualitative Sozialforschung* [On-Line Journal], 1(2). Available at: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-00/2-00lucius-e.htm>.
- Lucius-Hoene, G., y Deppermann, A. (2000). Narrative Identity Empiricized: A Dialogical and Positioning Approach to Autobiographical Research Interviews. *Narrative Identity, Bamberg, Michael and Allyssa McCabe*, 199–222.
- Lucius-Hoene G., & Deppermann A. (2002). *Rekonstruktion narrativer Identität*. Opladen: Leske+Budrich .
- Luria, A.R. (1974). *Cognitive development: Its cultural and social foundation* (M. Cole, Ed., M. López Morrilla y L. Solotarof, Trads.) Cambridge, M.A.: Harvard University Press. (Obra original publicada en 1940).
- Lurhman, T.M. (2007). Social defeat and the culture of chronicity: or., why schizophrenia does so well over there and so badly here. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 31, 135-172.
- Lysaker, P.H., Bell, M.D., Zito, W.S. y Bioty, S.M. (1995). Social skills at work. Deficits and predictors of improvement in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*;183(11):688-92.

- Lysaker, P.H., Carcione, A., Dimaggio G y cols. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 112, 64-71.
- Lysaker, P.H., Clements, C.A., Plascak-Hallberg, C.D., Knipscheer, S.J y Wright, D.E. (2002). Insight and personal narrative of illness in schizophrenia. *Psychiatry*. Tomo 65, N° 3, Pág. 197.
- Lysaker, P.H., France, C. (1999). Psychotherapy as an element in supported employment for persons with severe and severe mental illness. *Psychiatry*; Fall; 62, 3; Health & Medical Complete pg. 209
- Lysaker, P., France, C., Hunter, N., Davis, J. (2005). Personal Narratives of illness in schizophrenia: Associations with Neurocognitions and Symptoms. *Psychiatry*. New York: Vol. 68, Iss 8, 140-152.
- Lysaker, P.H., Lancaster, R.S., Lysaker, J.T. (2003). Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychology and psychotherapy*. Tomo 76, Parte 3. Pag 285.
- Lysaker, P.H y Lysaker, J.T (2001a). Psychosis and the disintegration of dialogical self-structure: Problems posed by schizophrenia for the maintenance of dialogue. *British Journal of Medical Psychology*. 74, 23-33.
- Lysaker, P.H y Lysaker, J. T. (2001b). Schizophrenia and the collapse of the dialogical self: Recovery, narrative and psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(3), 252-261.
- Lysaker, P.H y Lysaker, J. (2002a). *Narrative Structure in Psychosis Schizophrenia and Disruptions in the Dialogical Self*. Theory & Psychology, Vol. 12, No. 2, 207-220.
- Lysaker, P.H., Meyer P.S y cols, (2002b). Childhood sexual trauma and psychosocial functioning in adults with schizophrenia. *Psychiatrics Services*, Vol.52, N° 11.

- Lysaker, P.H., Wicket, A., y cols. (2003a). Movement Towards Coherence in the Psychotherapy of Schizophrenia: A Method for Assessing Narrative Transformation. *The Journal of Nervous and Mental Disease* • Volume 191, Number 8, 538-541.
- Lysaker, P.H., Wickett, A.M., Wilke, N., Lysaker, J (2003b). Narrative incoherence in schizophrenia: The absent agent-protagonist and the collapse of internal dialogue. *American Journal Psychotherapy*. Tomo 57, N°2; pág. 153.
- Maltsberger, J.T. (1986). *Suicide Risk: The Formulation of clinical judgment*. New York, NY: University Press.
- María Lucrecia Rovaletti (1999). Esquizofrenia sentido y sin-sentido. *Rev Colomb Psiquiatr*, Vol. XXVIII, No. 4.
- Mancini, A.M. (2007). The role of Self-efficacy in Recovery from Serious Psychiatric Disabilities: A Quallitative Study with Fifteen Psychiatric Survivors. *Qualitative Social Work*, 6 :49-74.
- Margo, A., Hemsley, D. & Slade, P. (1981). The effects of varying auditory input on schizophrenic hallucinations. *Britisch Journal of Psychiatry*, 139, 122-127.
- Mays, N., y Pope, C. (2000). Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, 320:50-52.
- McAdams, D.P. (2008). The problem of Narrative Coherence. *Journal of constructivist Psychology*, 19:2, 109-125.
- McClelland, J.L., McNaughton, B.L., & O'Reilly, R.C. (1995). Why There are Complementary Learning Systems in the Hippocampus and Neocortex: Insights from the Successes and Failures of Connectionist Models of Learning and Memory. *Psychological Review*, 102, 419-457.

- McReynolds, C. J., y Garske, G. G. (2002). Psychiatric rehabilitation currículo: A critical need in rehabilitation counsellor training. *Rehabilitation Education*, 16, 27-36.
- Meilijson, S., Kasher, A. & Elizur, A. (2004) Language performance in chronic Schizophrenia: a pragmatic approach. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, Vol. 47, June 2004, 695-713
- Meltzer, H.Y., y Okayli, G. (1995) Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: Impact in risk-benefit assessment. *American Journal of Psychiatry*, 152(2):183-190.
- Mezzina, R., Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A. y Sells, D. (2006). Social Nature of Recovery: Discussion and Implications for Practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9: 63–80.
- Mirowsky, J. y Ross, C. (1983). Paranoia and the structure of powerlessness. *American Sociological Review*, 48, 228-39
- Moya, J. (1990). Análisis formal del discurso esquizofrénico: problemas metodológicos. *Anuario de Psicología*, N°47, 117.144.
- Neale, J y Oltmanns, T. (1980). Schizophrenia. New York: John Wiley and Sons.
- Nelson, K. (1996). *Language in cognitive development: The emergence of the mediated mind*. New York: Cambridge University Press.
- Nuechterlin, K y cols. (1994). The vulnerability-stress model of schizophrenia relapse: a longitudinal study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 89, 58-64.
- Nuechterlin, K. y Dawson, M (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bull.* 10, 300-312.
- OCH, E, y Capps, L. (1996). Narrating the self. *Annu.rev.Anthropol*, 25, 19-43.

- Otero, V. (2004). *Rehabilitación de los enfermos mentales crónicos. Evaluación de objetivos*. Barcelona: Psiquiatría editores, S.L.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Pejlert, A., Asplund, K., y Norberg, A. (1995). Stories about living in a hospital ward as narrated by schizophrenic patients. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2 (5):269-77.
- Pennebaker, J.W. (1995). *Emotion, disclosure and health*. Washington, DC: APA Press.
- Pennebaker, J. W., Francis ME, Booth RJ. (2001). *Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC): LIWC2001*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pennebaker, J. W., & King, L. A. (1999). Linguistic styles: Language use as an individual difference. *Journal of Personality & Social Psychology*, 77, 1296-1312.
- Perona, S. (2003). La necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia. *Información Psicológica. Número 83*, 37-46.
- Pickup, G.J. (2008). Relationship between theory of mind and executive function in schizophrenia: A systematic review. *Psychopatology*, 41, 206-213.
- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2003-2007). http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_GestCal_SM
- Polkinghorne, D.E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Premack, D., y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 515-526.

- Prutting, C., y Kirchner, D. (1987). A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language, *Journal of Speech and hearing Disorders*, 52, 105-119.
- Rajkumar S., Padvamati R., Thara R., y Menon M.S. (1993). Incidence of schizophrenia in anurban community in Madras. *Indian Journal of Psychiatry*, 35: 18-21.
- Ramírez, Cubero y Santamaría, (1990). Cambio sociocognitivo y organización de las acciones: una aproximación sociocultural a la educación de adultos. *Infancia y Aprendizaje*, 51-52, 169-190.
- Ramirez-Esparza, N., y Pennebaker, J.W. (2006). Do good stories produce good health? Exploring words, language, and culture. *Narrative Inquiry*, 16, 211-219.
- Ramirez-Esparza, N., Pennebaker, J.W., Garcia, F.A., y Suria, R. (2007). La psicología del uso de las palabras: Un programa de conmutadora que analiza textos en Español (The psychology of word use: A computer program that analyzes texts in Spanish). *Revista Mexicana de Psicología*, 24, 85-99.
- Ramos Gutierrez, R. y Bernel Jiménez, M. (1997). Explicarse el pasado, justificarnos el presente: ¿Por qué nos narran los pacientes sus historias? *Sistémica*, núm. 3, 113-124.
- Read, J. (1997). Child abuse and psychosis. *Professional Psychology: Research and Practice* 28, 448-56.
- Read, J. y cols. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictor of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 76, 1-22.
- Read, J., Godman, L., Morrison, A.P., Ross, R y Aderhold, V. (2005). Childhood trauma, loss and stress. En Read, J., Mosher, L.R., Bentall, R.P. *Models of Madness* (223-252) New York: ISPS Publications.

- Read, J. y Haslam, N. (2005). Public opinion. Bad things happen and can drive you crazy. In Read, J., Mosher, L., Bentall, R (eds) "Model of Madness". New York: Routledge, 133-145
- Read, J., Perry, D y cols, (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry* 64(4).
- Reese, E., & Fivush, R. (1993). Parental styles of talking about the past. *Developmental Psychology*, 29, 596-606.
- Reese, E., Haden C.A. y Fivush. R. (1993). Mother-child conversation about the past: relationships of style and memory over time. *Cognitive development*, 8, 403-30.
- Ricoeur, P. (1987). *Tiempo y narración*. Cristiandad, Madrid.
- Ridgway, P. (2001). Restorying Psychiatric Disability: Learning from First Person Recovery Narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4): 335–343.
- Rochester, S., y Martin, J.R. (1979). *Crazy Talk: A study of the discourse of psychotic speakers*. New York: Plenum.
- Rodríguez A y Bravo, M. (2003). En *Rehabilitación Psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Gisbert, C. Asociación Nacional de Neuropsiquiatría. 2003. Madrid.
- Roe, D. y Davidson, L. (2005). Self and Narrative in Schizophrenia: Time to Author a New Story. *Medical Humanities* 31: 89–94.
- Rogoff, B. (1990). *Apprenticeship in thinking: Cognitive development in social context*. New York: Oxford University Press.

- Rogoff, B. (1993). Children's guided participation and participatory appropriation in sociacultural activity. En R.H. Wozniak and K.W. Fischer (comps.) *Development in context*. Hillsdale, NJ:LEA.
- Romme, M y Escher, S (2000). *Dando sentido a las voces*. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia. Madrid.
- Rommetveit, R (1979). On the Architecture of Intersubjectivity. En Eds. Ragnar Rommetveit and Rolv Blakar, *Studies of Language, Thought, and Verbal Communication*. New York: Academic Press. 93-107.
- Ross, C. y cols. (1994). Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 42, 489-91.
- Rössler,W., Salize, H.J., Cucchiario, G y cols.(1999). Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Nº 100, 142-148.
- Rovaletti, M.L (1999). Esquizofrenia, sentido e insensatez. *Relaciones*. Revista Temas del Hombre. Recuperado de la red el 25 de Agosto 2006 En:
<http://www.chasque.net/frontpage/relacion/9805/encuentro.htm#Del>
- Saavedra, J. (2009a). Schizophrenia, Narrative and Change: Andalusian Care Homes as Novel Sociocultural Context. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 33(2), 163-184.
- Saavedra, J. (2009b). ¿Cómo acercarse a historias traumáticas en contextos de rehabilitación psicosocial?: Un estudio de caso de un paciente de esquizofrenia paranoide. *Salud colectiva*, 5(2), 225-235.
- Saavedra, J. Cubero, M. y Crawford, P. (2009). Incomprehensibility of narratives of persons with schizophrenia. *Qualitative Health Research*. (in press)

- Saavedra, J., Lucius-Hoene, G. y Santamaría, A. (2009). Auditory hallucinations as social interactions: Contributions from a socio-cultural approach. *Phenomenology and the cognitive sciences*. (under review).
- Saavedra J. (2008a). Un espíritu negro me entró en la boca. Narrativas incoherentes de pacientes esquizofrénicos y narrativas de eventos traumáticos. Conferencia presentada en el Congreso Internacional Interpsiquis, 2008. (Conferencia disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/33441/>)
- Saavedra, J. (2008b). Experiencias de Enfermedad y Discurso Médico: un Análisis de Narrativas Vitales de Pacientes Esquizofrénicos. En: *The Language of Health Care Proceedings IULMA*. Alicante.
- Saavedra, J. (2007). La identidad social en la sociedad de consumo. *Nómadas. Revista de ciencias sociales y jurídicas*. 16: 363-380.
- Saarinen, P. I., Lehtonen, J y Lönnqvist (1999). Suicide Risk in Schizophrenia: An Análisis of 17 Consecutive Suicides. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3): 5333-542.
- Salvatore,G., Dimaggio,G., y Semerari, A. (2004). A model of narrative development: Implications for understanding psychopathology and guiding therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory and Practice*, 77, 231-254.
- Santamaría, A. (2005). La noción de interiorización desde una visión cultural del desarrollo. In M. Cubero & Ramírez, J.D. (Eds). *Vygotsky en la Psicología Contemporánea*. Madrid: Miño y Dávila editores.
- Sarbin, T.R. (1986) "The narrative as root metaphor for psychology", in T.R. Sarbin (Ed.), *Narrative Psychology: the Storied Nature of Human Conduct*. New York, Praeger.
- Sarbin T.R.(1995). Emotional life, rhetoric and role. *Journal of Narrative and Life History*, 5(3), 213-220.

- Sarti P, Cournos F (1990) medication and psychotherapy in the treatment of chronic schizophrenia. *Psychiatric Clinic North America* 13:215-228.
- Shimkunas, A. (1972). Demand for intimate self-disclosure and pathological verbalizations in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 83: 616-22.
- Schneider, K.(1956). *Patología clínica*. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1975.
- Schutze F. (1983). Biographieforschung und narratives Interviews. *New Praxis*, 13: 283-292.
- Schwartz, R.C. (1999) Self-awareness in Schizophrenia: its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 187:525-31.
- Schwartz, R.C. (2001). Self-awareness in schizophrenia: Its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric imparirments. *Journal of nervous and mental disease*, 189, 401-3.
- Sells, D.J., Stanyner, D.A., Davidson, L., (2004). Recovering the self in schizophrenia: An integrative review of qualitative studies. *Psychiatric Quarterly*. Vol. 75. Nº1.
- Servicio Andaluz de Salud. (2003). Plan Integral Andaluz de Salud mental 2003-2007. Sevilla.
- Servicio Andaluz de Salud (2008). P. I. A. de Salud Mental 2008-2012. Seville.
- Schulze, B y cols. (2003). Crazy? So what! Effects of a school Project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107: 147-50.
- Shaver, P.R. y Mikulincer, M. (2007). Adult Attachment Strategies and the regulation of emotion. En Gross, J.J. (eds.). *Handbook of emotion regulation*, 446-465. London: The Guilford Press.

- Shepherd M., Watt D., Falloon I., Smeeton N. (1989). The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychological Medicine Monograph Supplement 15*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Shimkunas, A. (1972). Demand for intimate self-disclosure and pathological verbalizations in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 83: 616-22.
- Singer J.A. y. Salovy. P. (1993). *The Remembered Self: emotion and memory in personality*. Free Press.
- Skinner, D., Valsiner, J., Holland, D. (2001). Discerning the dialogical self: A theoretical and Methodological Examination of a Nepali Adolescent's Narrative. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social research* (On-line journal), 2(3) Available at <http://www.Qualitative-research.net/fqs-texte/3-01/3-01skinneretal-e.htm>(date of Access: Month Day, year).
- Smorti, A. (2001) El Pensamiento Narrativo. Construcción de historias y desarrollo del conocimiento social. Mergablu, edición y comunicación.
- Smorti, A., Risalaliti, F., Pananti, B. & Cipriani, V. (2008). Autobiography as a tool for self construction: A study of patients with mental disorders. *Journal of Nervous Mental Disease*. Manuscript under review.
- Sorensen, T (1994). Intricacy of the ordinary. *British Journal of Psychology*, 164, 108-114.
- Spaniol, L., Wewiorski, N.J., Gagne, Ch. y Anthony, W.A. (2002). The Process of Recovery from Schizophrenia. *International Review of Psychology*, 14(4): 327-336.
- Strauman, T y Higin, E. (1993). The self construct in social cognitions: past, present, and future, in the *Self in Emotional Distress: Cognitive and Psychodynamic Perspectives*. edited by Segal Z, Blatt S. new York, Guilford, 1993, pp 3-40.

- Tähkä, V. (1993). *Mind and Its Treatment: A Psychoanalytic Approach*. Madison, CT: International Press.
- Tandon, R., Nasrallah, H.A. y Keshavan, M.S. (2009). Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical feature and conceptualization. *Schizophrenia research*, 110, 1-23.
- Thompson, E.H. (1988). Variations in the self concept in young adult chronic patients: Chronicity reconsidered. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 771-775.
- Thorne, A., & Klohnen, E. (1993). Interpersonal memories as maps for personality consistency. In D. Funder, R. Parke, C. Tomlinson-Keasey, and K. Widaman (Eds.) *Studying lives through time: Personality and development* (pp. 223-253). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Tomkins, S.S. (1979). Script theory: Differential magnification of affects. In H.E. Howe, y R.A Dienstbier (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation* (vol. 26, pp. 201-236) Lincoln: University of Nebraska Press.
- Tomkins, S.S. (1987). Script Theory. En J.Aronoff , A. I. Rabin y cols. (Eds.). *The emergente of personality*: Michigan State University-Henry A. Murray lectures in personality. pp. 147-216. New York: Springer Publisher Co.
- Tomkins, S.S. (1991). Affect, imagery, consciousness. Volume 3; The negative affects: Anger and fear, New York: Springer Publisher Co.
- Tromp, S., Koss, M., Figueredo, A.J., y Tharan, M. (1995). Are rape memories different? A comparision of rape, other unpleasant, and pleasant memories among employed women. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 607-627.
- Tsuang, M y Winokur, G. (1974). Criteria for subtyping schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.*, 31, 43.
- Tulviste, P. (1992). Diversidad cultural y heterogeneidad en el pensamiento. *Apuntes de Psicología*, 35, 5-15.

- Vaughan, S y Fowler, D. (2004). The distress experienced by voices hearers is associated with the perceived relationship between the voices hearer and the voice. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 143-153.
- Vena, J., de Viedma, V y Cañamares, J.M. (1987) Actividades de la vida diaria. En *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Rodríguez, A. (Coord.).Ediciones Pirámide. Madrid 1997.
- Vigotsky, L. (1987). *Thinking and speech*. (Ed. y trad. de Norris Minick). New Cork: Plenum Press.
- Vygotsky, L. (1993). *Obras Escogidas II*. Madrid: Visor
- Villegas, M. (1993). Análisis del discurso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*. Vol. III-Nº 10-11.
- Waldenfels B (1995). Lo propio y lo extraño», *Escritos de Filosofía (Buenos Aires)*, Año XIV, Nº 27-28, pp.149-162.
- Wallace, C.J., Liberman, R.P., Mackain, S.J., Blackwell, G., Eckman, TA. (1992). Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. *American Journal Psychiatry* 149:654-658.
- Wallace, C.J., Nelson, C.J., Liberman, R.P., Atchinson, R.A., Lukoff, D., Elder, J.P., Ferris, C. (1980). A review and critique of social skills training with schizophrenic patients. *Schizophrenic Bulletin* 6:42-43.
- Wang y cols, (2000). Sharing memories and telling stories: American and Chinese mothers and their 3-years old. *Memory*, 8(3), 159-177.

- Wang, Q. & Brockmeier, J. (2002). Autobiographical remembering as cultural practice: understanding the interplay between memory, self and culture. *Culture & Psychology*, 8, 45-64.
- Wang, Q. & Conway, M. (2004). The storiers we keep: autobiographical memory in American and Chinese middle-aged adults. *Journal of Personality*, 72 (5), 911-938.
- Wang, Q. & Fivush, R. (2005). Mother-child conversations of emotionally salient events: exploring the functions of emotional reminiscing in European-American and Chinese families. *Social Development*, 14, 3, (473-495).
- Watkins, M. (1986). *Invisible guests: The development of imaginal dialogues*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wertsch, (1985). *Vigotsky and the social formation of mind*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Wertsch, J. (1991). *Voices of the mind: A sociocultural approach to mediated action*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wertsch, J. (1993). *Voces de la mente. Un enfoque sociocultural para el estudio de la acción mediada*. Madrid: Visor.
- Wertsch, J. (1999). *La mente como acción*. Buenos Aires: Aique.
- Wittgenstein, L. (1980). *Remarks on the Philosophy of Psychology*. Vol. I. Oxford Press: Oxford.
- VVAA (1998). *Schizophrenia and Public Health*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. © World Health Organization, 1998. (www.who.int/mental_health/media/en/55.pdf)
- Zubin, J y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 86, N° 2, 103-126.

