

Evaluación cualitativa de la experiencia de participación y empoderamiento en un grupo de usuarios asistentes a un dispositivo de Rehabilitación Psicosocial de la ciudad de Madrid (España).

Qualitative assessment of the experience of participation and empowerment in a group of users attending a Psychosocial Rehabilitation center in the city of Madrid (Spain).

Luis Fernando Muñoz. Psiquiatra, director médico RECUPERARTE IPS Pereira (Colombia).

Mariano Hernández Monsalve. Psiquiatra, Servicios de Salud Mental, distrito de Tetuán - H.U. La Paz, Madrid.

Carolina Mariño Rodríguez. Médica general, gerente RECUPERARTE IPS. Pereira, Colombia.

Ricardo Sánchez. Psiquiatra, docente Universidad Nacional de Colombia.

Resumen: El empoderamiento de los pacientes con enfermedad mental y sus familiares desempeña un papel crucial en sus procesos de recuperación y rehabilitación psicosocial. El presente artículo pretende enfocarse en la experiencia de participación en sus procesos de rehabilitación de un grupo de usuarios que asisten a un dispositivo de Rehabilitación Psicosocial (Centro de Rehabilitación Psicosocial y Centro de Día) como una manera de evaluar la experiencia individual de los usuarios e identificar las barreras personales, profesionales y estructurales que dificultaron su participación.

Palabras clave: Empoderamiento, participación, Plan de Rehabilitación Psicosocial (PIR), trastorno mental grave, salud mental, recuperación.

Abstract: The empowerment of patients with mental illness and their families plays a crucial role in their recovery and psychosocial rehabilitation processes. This article aims to focus on the experience of participating in its rehabilitation processes of a group of users who attend a Psychosocial Rehabilitation (Psychosocial Rehabilitation Center and Day Center) as a way to evaluate the individual experience of the users and Identify the personal, professional and structural barriers that hindered their participation.

Key words: Empowerment, participation, Psychosocial Rehabilitation Plan, Severe mental disorder, mental health, recovery.

Agradecimiento: Al personal de la línea de Rehabilitación Psicosocial (LRHP) de Retiro en la ciudad de Madrid (España), por la colaboración en la realización del presente estudio.



Introducción

El empoderamiento de los pacientes con enfermedad mental y sus familiares desempeña un papel crucial en sus procesos de recuperación y rehabilitación psicosocial (1). Existen muchas definiciones respecto al empoderamiento: La OMS define el empoderamiento como “el grado de elección, influencia y control que los usuarios de los servicios de salud mental pueden ejercer en los acontecimientos que se producen en sus vidas” (2). Para Zimmerman (3) es la “habilidad de la gente para comprender y controlar las fuerzas personales, políticas, sociales y económicas para tomar decisiones que mejoren sus vidas”. Rappaport (4) sin embargo lo entiende como “el poder que ejercen los individuos sobre sus propias vidas, a la vez que participan democráticamente en la vida de la comunidad”. Ortiz-Torres (5) lo define como “el proceso por el cual los individuos, grupos, organizaciones y comunidades desarrollan un sentido de control sobre sus vidas para actuar eficientemente en el ámbito público, tener acceso a recursos y promover cambios en sus contextos comunes”.

Por tanto, es claro que de acuerdo con los principios del empoderamiento, los usuarios son los protagonistas y actores principales del proceso de recuperación y rehabilitación psicosocial, siempre y cuando tengan voz y voto en las decisiones que se tomen respecto a su tratamiento, es decir, se considera que el empoderamiento es la puerta de entrada a la participación activa y real de los pacientes en sus tratamientos tanto farmacológicos como psicosociales. El tema del empoderamiento en salud mental se ha venido trabajando recién de manera reciente, desde los años 70 del siglo pasado, con el desarrollo de la psiquiatría comunitaria, con las repetidas denuncias sobre la violación de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental grave y desde luego con el movimiento del *empowerment* de las minorías y la emergencia concurrente de las asociaciones de usuarios y cuidadores (6).

Está demostrado que el empoderamiento de las personas usuarias de los servicios de salud mental produce efectos positivos en los aspectos biológico, psicológico y social, que se traduce inicialmente en un aumento de la autoestima y

un mayor sentido de pertenencia e implicación en la sociedad, es decir, bienestar emocional que aporta, incluso, estrategias efectivas para sobrellevar la enfermedad (7).

Es claro que en la psiquiatría contemporánea en la cual predomina un modelo biológico de atención, separado de las otras áreas de atención, tanto médicas como psicológicas, ha predominado un principio de atención basado en la beneficencia y el paternalismo (o dependencia y sumisión), donde el/la profesional se encarga de tomar las que considera son las “mejores” decisiones para sus pacientes (8). Esta situación ha llevado a una situación de desempoderamiento de los usuarios en varios niveles: A nivel social, el estigma está presente en todas las sociedades y existen muchos impedimentos para que se produzca un acceso pleno al empleo y a otras actividades de carácter social. En los niveles de organización y prestación de los servicios, los usuarios carecen de información, no son consultados y, en muchas ocasiones, no son tratados correctamente. Por último, en el aspecto individual y como consecuencia de lo anterior, la persona termina internalizando el estigma (9).

Dentro de estas estrategias mencionadas, el presente trabajo pretende conocer los procesos de participación en los Planes Individualizados de Tratamiento (PIR) de un grupo de usuarios que asisten a un dispositivo de Rehabilitación Psicosocial como una manera de evaluar la participación de los usuarios e identificar las barreras personales, profesionales y estructurales que la dificultaron. Pero antes de continuar, es pertinente definir qué es el PIR.

La política sanitaria en salud mental en España está recogida en la Estrategia en salud mental aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2007, en la cual se menciona que uno de los objetivos a cumplir por las Comunidades Autónomas es “Establecer, para las personas con trastornos mentales en tratamiento, un plan individualizado de atención”.

Dicha estrategia establece que el Plan Integrado de Atención para los Trastornos Mentales Graves, reflejado por escrito en el historial clínico del paciente, continuamente actualizable, recoge los siguientes cuatro aspectos (10):

- La evaluación de necesidades de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, así como la previsión de posibles situaciones de riesgo.
- La programación de todas las actuaciones necesarias para dar respuesta a estas necesidades, y los criterios y plazos para la evaluación de su efecto.
- El acuerdo entre el equipo de salud mental, los de otros servicios que podrían estar involucrados en el caso, el paciente y/o el cuidador responsable acerca de esta programación.
- El nombre del miembro del equipo que será responsable de su ejecución y de las personas de referencia, en cada uno de los dispositivos que el paciente pueda utilizar.
- Tiene en cuenta los deseos y expectativas de la persona.
- Está consensuado con el usuario y su familia.
- Hay una implicación activa del usuario y de la familia en la confección y desarrollo del PIR.
- Incluye salidas reales de inserción.
- Contempla la evaluación continuada de los resultados y admite cambios y modificaciones en función de los resultados que se van obteniendo.

Además, un PIR incluye las siguientes partes de manera imprescindible (12):

El PIR es una metodología de trabajo estructurada en su estructura y en su desarrollo. Es lo que identifica la filosofía de la rehabilitación psicosocial y el vehículo que posibilita el desarrollo y éxito del trabajo. El PIR es una programación del trabajo rehabilitador, una propuesta que marca toda la intervención y guía lo que se hace y cómo se hace con la persona. Prepara las líneas de la intervención y tiende puentes entre los objetivos y prácticas de rehabilitación concretas (11).

- Objetivos.
- Temporalización de los objetivos.
- Intervenciones que se van a administrar.
- Secuencia de aplicación de las intervenciones.
- Seguimiento de consecución de los objetivos.

Cuando se ha hecho una buena evaluación se posibilita elaborar un buen PIR y ajustarlo a la realidad de la persona evaluada, y permitirá conocer a todos los actantes qué hacer y el por qué hacerlo.

La realización del PIR incluye en su etapa final la devolución del documento borrador al usuario y sus familiares, en el cual es importante explicar y negociar el PIR con el paciente, explicando la conexión entre las necesidades detectadas y los objetivos propuestos, a través de la construcción de un modelo explicativo comprensible para el paciente, con la posterior explicación de la intervención (13). Finalmente, la devolución busca lograr el consentimiento del paciente para la ejecución de las intervenciones propuestas, con la firma del documento final como reflejo de la aprobación del usuario. Se cree que éste debe ser un proceso netamente participativo e incluyente, en el cual se establece un contrato entre un equipo multidisciplinario y el paciente y sus familiares, asumiéndose en la práctica que esto suele ser así y en la realidad parece que esto no siempre sucede. El presente trabajo pretende conocer en profundidad el conocimiento, opinión y tipo de participación que los usuarios de un dispositivo de Rehabilitación Psicosocial de la ciudad de Madrid (España) tienen tras su experiencia de participación en él.

Dicho plan debe tener las siguientes características (12):

- Se justifica por los resultados de la evaluación y las conclusiones obtenidas en la formulación del caso.
- Presenta un resumen de los déficits, problemas y también los recursos y competencias.
- Es secuencial, es decir, de complejidad creciente.
- Es individual.
- Delimita los objetivos con claridad.
- Delimita los tiempos de intervención.
- Presenta una adecuación al contexto de la persona.

Materiales y métodos

Estudio cualitativo y descriptivo basado en la realización de una entrevista individual semies-



estructurada a una muestra de 7 usuarios de los dispositivos de atención del centro (CRPS, CD) y una sesión de grupo focal convocado por los profesionales del centro en la cual participaron 6 usuarios que de manera libre y espontánea decidieron asistir, bajo la supervisión de un psiquiatra con experiencia en el manejo de grupos y en compañía de un psicólogo del centro que ejerció rol únicamente como observador.

La selección de los usuarios para las entrevistas individuales se basó en una convocatoria realizada por la directora y los psicólogos del centro a aquellos usuarios que estuvieran dispuestos a participar en la investigación, definiendo un número de 7 personas para ser entrevistadas. Las entrevistas fueron grabadas en medio digital, previa firma del consentimiento informado por parte de cada usuario.

Los audios de las entrevistas individuales fueron transcritos de manera textual y las transcripciones fueron revisadas de acuerdo a una lista de evaluación de las preguntas realizadas a cada usuario. Para controlar el sesgo subjetivo, un evaluador independiente revisó las transcripciones de las entrevistas y también diligenció el formato de evaluación de las preguntas realizadas. Posteriormente, se clasificaron las respuestas obtenidas a las preguntas por separado y una vez obtenidas las 2 tablas de evaluación, se discutió el diseño en aquellas que no coincidían, alcanzando un consenso final entre los dos evaluadores mediante la realización de una tabla final, estimando el grado de acuerdo mediante una medida de concordancia como la Kappa de Cohen (14, 15).

Para el componente cualitativo del presente estudio se utilizó el método de grupos focales. Los candidatos para participar en los grupos fueron pacientes que hubieran asistido a un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Centro de Día en la ciudad de Madrid. Manejando un criterio de muestreo no probabilístico se efectuó una convocatoria a los candidatos, teniendo en cuenta los siguientes criterios de elegibilidad: i) estar clínicamente estables. ii) tener capacidad de socialización para poder participar en un grupo focal. iii) tener disponibilidad de tiempo para asistir a la reunión del grupo focal. iv) dar consentimiento para participar en el estudio. Con

estos criterios se completaron seis pacientes que estuvieron dispuestos a participar en la investigación y autorizaron que la sesión del grupo fuera grabada. El encargado de la conducción del grupo fue un profesional con entrenamiento en la conducción de grupos y en investigación cualitativa. La grabación de la sesión de grupo fue transcrita al pie de la letra. Esta transcripción constituyó el material de análisis del grupo focal. Se buscó que los conceptos emergieran de dicho material, sin anteponer supuestos teóricos previos; esto supuso la utilización de un enfoque temático inductivo (16). La transcripción de la sesión fue revisada de manera independiente por dos investigadores, uno de los cuales asistió a la reunión del grupo focal. Luego de esta revisión los dos investigadores se reunieron para aclarar aspectos relacionados con el material de análisis. Posteriormente cada investigador, nuevamente de manera independiente, realizó una pre-codificación de categorías. Los resultados de la pre-codificación fueron contrastados en un cara a cara entre los dos investigadores para llegar a un consenso sobre las categorías finales de codificación. El último paso consistió en relacionar las anteriores categorías con los objetivos planteados en el estudio. Para el manejo de los datos cualitativos ambos investigadores utilizaron el programa ATLAS-ti; esta herramienta facilita el proceso de codificación, permite organizar más fácilmente los códigos en supra-categorías o familias y permite detectar relaciones y conexiones entre códigos o grupos de códigos. Para intentar mantener la validez de los resultados de los análisis y reflejar la veracidad se ejecutaron procesos iterativos (más de un análisis, lecturas repetidas del material, pre-codificación y codificación de temas) y se transcribieron al pie de la letra fragmentos de la sesión de grupo.

Resultados

Con respecto a las entrevistas individuales, se realizaron un total de 7 entre el 14 de mayo y el 2 de junio de 2015, con una duración media de 41,43 minutos, a 5 usuarios del CRPS (Centro de Rehabilitación Psicosocial) y a 2 usuarios del CD (Centro de Día). El contenido total fue transcrito y entregado para análisis a dos evaluadores independientes para que diligenciaran una hoja de evaluación de resultados. Los datos narrativos de las entrevistas fueron analizados por dos ana-

listas que realizaron una triangulación de todos los datos textuales.

Posteriormente, se realizó un análisis de concordancia entre los observadores mediante la realización del índice Kappa, con un índice de 0,432 (EE: 0,059, IC 95%: 0,317-0,548). Por tanto, el grado de acuerdo alcanzado entre los evaluadores fue confiable. Se podría contemplar como causa que el grado de acuerdo no fuese mayor que los evaluadores de las entrevistas eran de diferentes disciplinas (uno médico psiquiatra y el otro médico administrativo) y que uno de ellos fuera el investigador principal, que conocía a algunos de los usuarios entrevistados así como se había encargado del diseño del guion de entrevista, interpretando de manera diferente los comentarios y afirmaciones realizadas por los participantes. El desacuerdo se centró principalmente en preguntas que fueron calificadas como “dudosas/no contestadas” por el evaluador independiente y como Sí o No por el evaluador inicial.

Los principales hallazgos de las entrevistas individuales fueron los siguientes, colocando en la Tabla 1 los verbatim, que ejemplifican lo encontrado:

- A la mayoría, les dieron información del centro al usuario antes de incorporarse al proceso de rehabilitación.
- Al incorporarse al centro, la mayoría recibieron información de los programas ofertados en el mismo.
- Al incorporarse al centro, a la mayoría les hablaron de las actividades que podrían realizar.
- El total de los entrevistados desconoce el significado del término PIR.
- Solo un usuario manifestó haber firmado su PIR.
- La mayoría de usuarios manifiesta conocer sus objetivos de tratamiento en el centro.
- A la mayoría de usuarios les parece poco importante firmar su PIR.
- Todos los entrevistados conocen su tutor al interior del centro y consideran que cuentan con los mecanismos suficientes para hablar con éste cuando lo necesitan.
- Pocos usuarios recuerdan cuáles fueron las áreas de funcionamiento que les evaluaron al ingresar al centro.
- La mayoría de usuarios tienen claros cuáles han sido los problemas o prioridades que ven como más importantes para trabajar en el centro.
- Todos los entrevistados creen que coinciden sus objetivos personales con los objetivos planteados por el centro.
- Todos los entrevistados manifiestan que fueron en algún momento de la evaluación entrevistados por varios profesionales (psicología, T.O., educador social).
- Todos los entrevistados manifiestan que sus familiares fueron valorados en algún momento de la evaluación.
- La mayoría de entrevistados consideran una ayuda o aportación a su proceso de rehabilitación la participación y colaboración de su familia.
- La mayoría de entrevistados no tiene un plan de crisis escrito, en caso de descompensación clínica, diseñado al interior del centro.
- La mitad de los entrevistados no conocen los mecanismos de participación de los usuarios con los que cuenta el centro.
- Sin embargo, todos califican de manera positiva su experiencia de participación en el diseño y ejecución de su PIR.
- La mayoría de entrevistados no recuerdan o no tuvieron ninguna reunión con su tutor de devolución o explicación de su PIR al finalizar la fase de evaluación.
- Sin embargo, la mayoría creen que sus sugerencias fueron incorporadas en la versión final de su PIR.
- Sólo un usuario entrevistado manifestó tener una copia escrita de su PIR.
- Casi ningún usuario ha realizado sugerencia alguna para modificar su PIR.
- Todos los usuarios consideran que sus opiniones al interior del centro son escuchadas y tenidas en cuenta de manera adecuada.



- Todos los usuarios creen que existen dentro del centro algún/os profesional(es) que estimulen y faciliten los procesos de participación de los usuarios.
- Casi ningún usuario manifiesta propuesta alguna para mejorar su participación actual en el desarrollo de su PIR.
- La mitad de los usuarios manifestaron tener alguna propuesta respecto al contenido de su PIR.
- Pocos usuarios plantean recomendaciones al centro para mejorar los mecanismos de participación de los usuarios.
- Todos los entrevistados manifestaron que su familia está al tanto de lo que están haciendo en el centro.

Con respecto al grupo focal, se realizó una única sesión de grupo el 10 de junio de 2015, en la que participaron 6 usuarios (4 del CRPS y 2 del CD).

De acuerdo con la codificación efectuada sobre las transcripciones se establecieron siete categorías; para cada una de ellas se efectúa un comentario relacionado con su conceptualización y se presentan transcripciones que buscan apoyar la interpretación dada a los datos:

1. **Papel de la familia:** Se identifica a la familia como un elemento central en el proceso terapéutico. En varios apartados de la discusión se hizo énfasis en que no solamente es importante la participación del usuario, sino de su familia. Un aspecto en el que se hace énfasis sobre la participación de la familia es para que reciban educación sobre el proceso de la enfermedad del paciente. Para algunos participantes, la falta de involucramiento de la familia en el proceso terapéutico se relaciona con una falta de información sobre lo que es la enfermedad mental. También se plantea la participación de la familia para que se beneficie directamente del proceso terapéutico.
2. **Enfermedad mental y estigma:** El rechazo que supone tener una enfermedad mental es una barrera detectada por los pacientes para su recuperación. Incluso, este estigma es percibido a nivel familiar. Algunos pacientes proponen que se organicen estrategias específicas para contrarrestar ese estigma: Otra estrategia

planteada por los pacientes para enfrentar el estigma es a través de educación masiva repartiéndolo material impreso.

3. **Características del buen terapeuta:** Más que en aspectos técnicos, el buen terapeuta es descrito en términos de su calidad humana.
4. **Importancia de los primeros momentos de contacto con el centro:** El contacto inicial con el equipo terapéutico es visto con incredulidad.
5. **Síntomas de enfermedad mental que se socializan:** Hay algunos síntomas que los pacientes expresan repetidamente en la discusión. Algunos se relacionan con el aislamiento o incompetencia social. Otro síntoma frecuentemente socializado es la minusvalía.
6. **Farmacodependencia:** El uso patológico de sustancias aparece como un aspecto frecuentemente mencionado por los pacientes en el grupo. Llama la atención que esta situación trata de explicarse o justificarse de diferentes maneras.
7. **Elementos reconocidos como terapéuticos:** Aunque ya en una categoría previa se destacan algunos elementos terapéuticos (actitud humana del terapeuta) otros aspectos que se mencionan son la posibilidad de interactuar con personas reconocidas como normales, la posibilidad de sentirse escuchado, la actitud neutral del terapeuta, reconocer la existencia de problemas mentales incluso en los terapeutas.

Discusión

Empoderar a los usuarios que acceden a los servicios de salud mental de manera activa y continua es una tarea fundamental que permite eliminar barreras de atención y les da el mayor protagonismo a los usuarios como actores fundamentales en sus procesos de recuperación y rehabilitación. Mejorar las percepciones de elección y escogencia ante crisis vitales, particularmente en lo relacionado con la salud mental, puede dotar a las personas de más recursos personales para tener en cuenta a la hora de tomar decisiones y enfrentar dificultades (17). Aunque los agentes externos de cambios, como los profesionales en salud mental, pueden catalizar el proceso de ganar poder o crear un ambiente de

apoyo, finalmente son las personas las que se empoderan a sí mismas, buscando realizar el mayor énfasis en promover la autonomía más que el énfasis actual en la beneficencia (19).

El empoderamiento puede mejorar la capacidad de una persona para pedir atención y ayuda, pero no lo suficiente para garantizar la recepción de la atención cuando barreras como la falta de atención psicosocial y el estigma acerca del diagnóstico y tratamiento de las personas con enfermedad mental están presentes (20). De hecho, una de las sugerencias de los usuarios entrevistados fue aumentar las campañas anti-estigma dirigidas a la población general. En una revisión sistemática de la experiencia de los usuarios de los servicios de salud mental (21), los investigadores revisaron 34 estudios, encontrando que la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud mental era moderadamente buena; sin embargo, el acceso a los servicios podría ser difícil debido a la falta de conocimientos y el estigma que rodea a la salud mental. El principal hallazgo de esta revisión es que mientras que las personas pueden expresar satisfacción con los servicios de salud mental, todavía hay preocupaciones en torno a tres temas principales: reconocer un problema de salud mental y buscar ayuda; la construcción de relaciones a través de la participación y la atención, y trabajar por la continuidad de la atención.

Dentro de los procesos de recuperación de las personas con trastorno mental grave, existen cuatro valores clave que sostienen el proceso y que surgen recientemente en la bibliografía acerca de la recuperación y de las experiencias de los propios afectados: orientación hacia la persona, implicación de la persona, autodeterminación y esperanza o potencial de crecimiento (21). En el ámbito de la salud mental, la toma de decisiones clínicas tiene 3 niveles descritos de participación: informada, compartida y pasiva (22, 23). Por tanto, esa autodeterminación se facilita dejando que los usuarios tomen decisiones, fomentando el sentido de empoderamiento y de identidad propia, mediante un enfoque colaborativo y no impositivo, que le devuelva a la persona el sentido de su vida más allá de un diagnóstico y un tratamiento. En un estudio sueco (24), los investigadores evaluaron 123 centros de día con el fin de valorar las percep-

ciones de empoderamiento de los asistentes a los programas de rehabilitación psicosocial, encontrando que la participación en actividades ocupacionales significativas y proporcionar programas que puedan generar la satisfacción del cliente son objetivos importantes para los centros de día con el fin de ayudar a los procesos de rehabilitación de los asistentes promoviendo el empoderamiento de los usuarios. Además, encontraron que el indicador más fuerte de empoderamiento era la autopercepción de salud, seguida por la participación ocupacional y la severidad de los síntomas.

En general, se evidencia que los usuarios evalúan de manera satisfactoria sus niveles de participación en las actividades planteadas, si bien se percibe un tipo de participación pasiva en la mayoría de los entrevistados, que estaría definida por llevar a cabo lo que los profesionales del centro les plantean sin aportar mayores sugerencias. Es claro que los centros implicados (CRPS, CD) ofertan una variedad de programas y actividades a los usuarios que plasman la mejor evidencia disponible en el campo de la rehabilitación psicosocial, acordes con los parámetros de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Por tanto, se podría mejorar la participación de los usuarios mediante una mayor *visualización* de los mecanismos existentes al interior del centro, ya que si bien la mayoría de usuarios manifestaban conocerlos, no los describían al preguntarles por ellos.

Las barreras personales identificadas que se evidencia dificultan la participación de los usuarios fueron:

- Altos niveles de conformismo con las opciones de tratamiento sugeridas por los profesionales del centro.
- Sintomatología negativa (aislamiento-minusvalía) asociada a la enfermedad mental, que dificulta la iniciativa a la hora de tomar decisiones o realizar sugerencias.
- Desconocimiento del contenido de sus PIR, que dificulta el aporte de nuevos contenidos.

Como barrera profesional identificada que se evidencia dificulte la participación de los usuarios se podría mencionar:



- Difusión insuficiente de los mecanismos existentes de participación de los usuarios al interior del centro.

Además, la única barrera estructural identificada que se evidencia puede dificultar la participación de los usuarios sería la siguiente:

- Estructuración de los programas basada en los lineamientos de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, con posibles dificultades para incorporar nuevas propuestas que se salgan de dichos lineamientos.

Finalmente, a continuación se sintetizan las sugerencias más relevantes encontradas a partir de los hallazgos del estudio:

- Socializar los PIR a todos los usuarios del centro, tanto la versión inicial como la definitiva, incorporando las sugerencias y propuestas que cada usuario realice y se consideren pertinentes y viables. Con respecto a la firma o no del documento definitivo, se podría contemplar que lo firmen sólo aquellos usuarios interesados en hacerlo.
- Fortalecer y aumentar la difusión de los mecanismos de participación de los usuarios existentes en el centro: Asambleas de usuarios, buzón de sugerencias, evaluaciones de los programas y servicios ofertados.
- Potenciar la participación de las familias en los procesos de rehabilitación psicosocial de sus familiares, teniendo en cuenta que es un área que los usuarios perciben como insuficientemente manejada tanto en las entrevistas individuales como en el grupo focal.
- Mejorar el enganche y la participación de los usuarios que ingresan al centro mediante la existencia de “ayudantes de terapeutas o co-terapeutas”, que serían usuarios que tengan experiencia en su proceso de rehabilitación psicosocial, cuya función sería explicar las actividades que se realizan y realizar el seguimiento telefónico de aquellos usuarios que dejan de asistir de manera súbita. Se considera que, debido a sus experiencias personales, los usuarios de los servicios de salud mental podrán empatizar mejor con las personas que sufren problemas similares y serán capaz de ayudarles a entender estos trastornos y desarrollar nuevas formas de gestionarlos (25). Los proveedores de apoyo a iguales o «compañeros especializados» (peer supporters) poseen un entendimiento empático de la situación y pueden utilizar esa experiencia compartida a la hora de trabajar con sus iguales (26). Una revisión de la literatura sugiere que existen 3 grandes categorías de intervención dentro del contexto del apoyo de iguales: el apoyo mutuo que surge de forma natural, la participación en programas gestionados por iguales y el uso de usuarios de los servicios de salud mental como proveedores del servicio y de apoyo (27).
- Diseñar un plan escrito de crisis a todos los usuarios asistentes al centro, bien sea durante los programas de psicoeducación y/o en las tutorías individuales, que sea consensuado con el usuario y/o sus familiares, como parte integral de todos los PIR.
- Realizar siempre una reunión de devolución o explicación del PIR con los usuarios al finalizar la fase de evaluación, incorporando las sugerencias y observaciones realizadas por los mismos.
- Incentivar la participación de los usuarios en los planes de mejora de las actividades y programas ofertados en el centro (CRPS, CD), contemplando la posibilidad de invitar a algún(os) usuario(s) a ser parte de las reuniones del equipo de profesionales y la dirección del centro, cuando se considere pertinente, así como desarrollar incentivos para los usuarios más participativos como herramienta motivacional.
- Desarrollar estrategias de contacto del centro con la comunidad que permitan contrarrestar el estigma asociada a la enfermedad mental, mediante estrategias como dar a conocer las actividades que se realizan al interior del centro y realizar educación masiva a través de la entrega de material impreso.
- Estimular entre los terapeutas el desarrollo y fortalecimiento de habilidades consideradas por los usuarios como cardinales de un buen terapeuta: Capacidad de escucha, actitud neutral, calidad humana y empática.
- Tener presente la farmacodependencia como una situación en la que el paciente asume poca responsabilidad de acuerdo a lo verbalizado en el grupo focal. Podría tomarse este aspecto

para tener en cuenta en las intervenciones terapéuticas realizadas al interior del centro.

Conclusiones

- La participación de los usuarios que asisten a los servicios de salud mental es clave en la consecución de sus objetivos de tratamiento, por cuanto son estos los principales actores de sus procesos de rehabilitación psicosocial.
- La percepción de empoderamiento y participación de los usuarios que asisten a los centros de la investigación actual (CRPS, CD) es positiva por parte de los participantes del presente estudio, tanto aquellos que participaron de las entrevistas individuales como de los integrantes del grupo focal.
- Se evidencian niveles aceptables de participación de los usuarios entrevistados, tanto del CRPS como del CD, si bien deben ser mejorados y potenciados por ser percibidos aún como insuficientes.
- La realización de Planes Individualizados de Rehabilitación (PIR) implica su adecuada socialización y consenso con los usuarios, que son los principales protagonistas de sus procesos de mejora, incorporando las sugerencias y aportes que hagan los implicados al documento borrador, con el fin de desarrollar una versión final que incluya estos aspectos.
- Los familiares de los usuarios deben tener una importancia mayor que la ofrecida hasta el momento en los procesos de rehabilitación psicosocial, requiriendo una información adecuada sobre la enfermedad, mayor participación en la toma de decisiones que puedan repercutir en el núcleo familiar, así como recibir un adecuado apoyo emocional y técnico.
- Se deben visualizar y socializar de mejor manera los mecanismos de participación de los usuarios con los que cuentan los dispositivos de rehabilitación psicosocial, resaltando la importancia de los mismos en los procesos de mejora de los programas ofertados, así como ofreciendo incentivos a aquellos usuarios que mejor participan: Asambleas de usuarios, buzón de sugerencias, encuestas de evaluación de los programas.
- Es importante incorporar a los diversos procesos de acogida y enganche en los programas de rehabilitación psicosocial a los usuarios más experimentados, que podrían acompañar a aquellos que empiezan sus procesos de recuperación, teniendo la precaución de no afectar la reciprocidad de las interacciones y generar relaciones asimétricas (28).
- Se requiere la realización de estudios similares en varios centros y con mayor número de participantes para evaluar la percepción de los niveles de empoderamiento de usuarios asistentes a diferentes dispositivos de rehabilitación psicosocial. Los resultados de este trabajo no tienen la validez ecológica necesaria para que puedan ser extrapolados a otros ambientes terapéuticos o culturales y por lo tanto solamente tienen el valor de sugerencias a comprobar en futuros estudios planificados y ejecutados a mayor escala.

Contacto

Luis Fernando Muñoz Chávez • Teléfono: +57 3178461709
Avenida 30 de agosto #46-107 local 00 • Edificio Ocare Pereira (Colombia)
directormedico@recuperarteips.com.co • lfmunozc@unal.edu.co

Referencias

1. Munarriz-Ferrandis M., Sin ti no soy nada. Participación de usuarios en salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2013; 33 (118), 239-242.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Regional para Europa. Declaración europea de Salud Mental. 2005. Accesible en <http://feafes.org/publicaciones/declaracion-helsinki-4244>



3. Zimmerman M, Rappaport J. "Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment". *American Journal of Community Psychology* 1988, 16.
4. Rappaport J. "Terms of empowerment/Exemplars of prevention:Toward a Theorie for Community Psychologie". *American Journal of Psychology*. 1987, 15.
5. Ortiz-Torres B. El empowerment como alternativa teórica para la Psicología de Comunidad en América Latina. Conferencia revisada presentada en el Primer Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid, España, julio de 1992.
6. Gómez Beneyto M. La participación de los usuarios: ¿qué opinan los profesionales? En: Carmona, J. y del Río Noriega, F., Eds. *Gestión Clínica en Salud Mental*. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. Pp. 161-72.
7. Rodríguez-Beltrán M. Empoderamiento y promoción de la salud. *Revista aragonesa de promoción y educación para la salud*. Número 14. Junio 2009.
8. Ramos Vidal C. [et al.]. Participación de usuarios en planificación, formación e investigación en salud mental: una revisión de la literatura. *Gestión clínica en salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 2009. <http://feafes.org/publicaciones/gestion-clinica-en-salud-mental-4410/>
9. Mourao-Vasconcelos E, do Socorro Santos M. Derechos y empoderamiento (empowerment) de usuarios y familiares en el terreno de la salud mental y su difusión en países de origen latino. *Revista Átopos* No. 11. Junio 2013.
10. Gómez Beneyto M, coordinador. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud: estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones, [2007]. Disponible en: <http://feafes.org/publicaciones/estrategia-salud-mental-2474/>
11. Pastor A. Blanco A y Navarro D. (Eds.) (2010). *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave*. Madrid: Síntesis.
12. Fernández Blanco J (2010). El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), su evaluación y reformulación. En Fernández J., Touriño R., Benítez N. y Abelleira (coord.). *Evaluación en rehabilitación psicosocial*. FEARP: 2010.
13. Fernández-Blanco JI (2002). Evaluación y plan individualizado de rehabilitación (PIR). En González Cases J y Rodríguez A (coord.) *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Madrid. Cuaderno técnico de servicios sociales nº 17.
14. Cohen J (1960) A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement* 20:37-46.
15. Fleiss JL, Levin B, Paik MC (2003) *Statistical methods for rates and proportions*, 3rd ed. Hoboken: John Wiley & Sons.
16. Holloway I. *A-Z of qualitative research in healthcare*. 2. Blackwell Pub, Oxford, UK; Ames, IA; 2008.
17. Ostrow L, Manderscheid R., Mojtabai R. Stigma and Difficult Medical Care in a Sample of Adults with Serious Mental Illness. *J Health Care Poor Underserved*. 2014 November; 25(4): 1956–1965.
18. Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
19. Earnshaw VA, Quinn DM. The impact of stigma in health care on people living with chronic illnesses. *J Health Psychol*. 2012; 17:157–68.
20. Rosillo M, Hernández M, S. P. K. Smith. La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2013; 33 (118) 257-271.
21. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999; 49: 651–661.
22. Bhugra D. Decision-making in psychiatry: what can we learn? *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118: 1-3.

23. Hultqvist J, Eklund M, Leufstadius C. Empowerment and occupational engagement among people with psychiatric disabilities. *Scand J Occup Ther.* 2015 Jan;22 (1):5461.
24. Guinea R. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Colección Documentos IMSERSO. 2007; 21005.
25. Franke CC, Paton BC, Gassner L-AJ. Implementing mental health peer support: A South Australian experience. *Aus J Prim Health.* 2010; 16: 179-86.
26. Cabral L, Strother H, Muhr K, Sefton L, Savageau J. Clarifying the role of the mental health peer specialist in Massachusetts, USA: Insights from peer specialists, supervisors and clients. *Hlt Soc Care Community.* 2014; 2:104-12.
27. Campos F et al. Directrices prácticas para programas de apoyo entre personas con enfermedad mental. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.).* 2014.
28. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health.* 2011; 20: 392-411.

Anexos

Tabla 1: Hallazgos principales entrevistas individuales

- *“Sabía que existía, no sabía qué significaba. La única referencia era el CSM de Retiro, pensaba que era para otro tipo de personas. Mi psiquiatra me derivó cuando vieron que el problema de alcoholismo estaba superado. Me dijo que me venía mejor asistir a los grupos del CRPS”* (hombre, 46 años, usuario del CRPS).
- *“Me dijeron que aquí me enseñaban a vivir, a ser menos tímido. Vagamente lo que me dijo la enfermera”* (hombre, 43 años, usuario del CRPS).
- *“Me dijeron que era un sitio donde se realizaban actividades y se hacía un seguimiento del usuario... Me plantearon como objetivo no estar encerrado en casa todo el día”* (hombre, 51 años, usuario del CRPS).
- *“Me informaron de los programas de habilidades sociales, paseos, estimulación cognitiva, bienestar emocional, manualidades, ocio. Me lo explicaron y accedí a lo que creía que me servía”* (hombre, 42 años, usuario del CD).
- *“Al principio me querían poner más objetivos de la cuenta y yo no estaba de acuerdo (conseguir un trabajo, mejorar la relación con mi madre), expresé mi desacuerdo y mi voluntad fue respetada”* (mujer, 41 años, usuaria del CRPS).
- *“Soy un poco pasivo, no tengo iniciativa, no se me ocurre nada para incluir”* (hombre, 51 años, usuario del CRPS).
- *“Estaba muy desorientado, me han ido poniendo lentes acá y me han corregido la miopía que tenía”* (hombre, 46 años, usuario del CRPS).
- *“Esto es tan perfecto, que no me he planteado hacer sugerencias. Con el tiempo, se tendrán que adaptar las cosas”* (hombre, 42 años, usuario del CD).
- *“Este centro es mi segunda familia, me siento querido por las monitoras, me han apoyado y me ayudan cuando tengo problemas”* (hombre, 31 años, usuario del CD).
- *“Sé que me hacían preguntas sobre mi pasado y mi presente, de mi enfermedad, dónde he vivido, la medicación que tomo, las recaídas que he tenido desde el 89 que me empezó la enfermedad”* (hombre, 51 años, usuario del CRPS).
- *“Lo que me planteo al venir acá es llegar a tal momento que no se me note que tengo la enfermedad mental, que el tiempo que pase aquí no piense en mi enfermedad”* (hombre, 42 años, usuario del CD).
- *“Yo me puse inicialmente objetivos irreales: aprender inglés, graduarme, bajar de peso. En el centro de día, me plantearon como objetivo vencer mis miedos, tenía mucho miedo que me fueran a hacer daño, la gente que me conocía, hasta mis amigos”* (hombre, 31 años, usuario del CD).



- *“Era fácil evaluarme porque no hacía nada antes de entrar al centro, aunque no recuerdo las áreas. Mi círculo social era la familia únicamente”* (hombre, 46 años, usuario del CRPS).
- *“Me evaluaban bastante, hablábamos mucho de la relación con los demás, hábitos de cuidado, de aseo, de higiene, de dormir”* (mujer, 57 años, usuaria del CRPS).
- *“Mis objetivos al ingresar eran: Tener conciencia de enfermedad, tomar la medicación, mejorar en el área social, mejorar hábitos y cuidados (limpieza, rutinas, revisiones de los médicos), manejar la ansiedad y el malestar, aprender asertividad (aprender a decir las cosas, a decir no)”* (mujer, 41 años, usuaria del CRPS).
- *“Cuando llegas a un centro, debes describir los objetivos para rehabilitarte y que al final lo firmes”* (hombre, 42 años, usuario del CD).
- *“Si alguien ha decidido que se firmen, sus razones tendrá, no me parece necesario que el usuario lo firme, ellos han decidido el mejor plan, veo la firma para integrar al usuario dentro del conjunto de tareas, pero las decisiones ya están tomadas”* (hombre, 46 años, usuario del CRPS).
- *“¿El PIR?, creo que eso no lo tuve, no me suena”* (mujer, 57 años, usuaria del CRPS).
- *“No veo que haga falta que el PIR sea firmado, de entrada a lo mejor no confías mucho en los profesionales... Cuando llegas cuesta firmar algo, porque parecería que firmas un contrato”* (mujer, 41 años, usuaria del CRPS).
- *“Me parece bien que valoren a mi familia porque ellos están mejor que yo, están bien mentalmente”* (hombre, 42 años, usuario del CD).
- *“Mi familia me apoya para que asista al centro, excepto una hermana que cree que soy un vago y que no me sirve asistir acá”* (hombre, 31 años, usuario del CD).
- *“A mis familiares les parece muy bien que asista, mi hermana me apoya, está de acuerdo con que yo tenga el alta”* (mujer, 57 años, usuaria del CRPS).
- *“Al momento de la evaluación con mi familia, me sentí incómoda porque tenía una mala relación con mi madre. Creo que hoy en día la veo como una ayuda”* (mujer, 41 años, usuaria del CRPS).
- *“Deben haber más programas que trabajen la mente, hay que saber cómo afrontar la vida fuera del centro, porque no hay suficiente información para estar afuera”* (hombre, 43 años, usuario del CRPS).
- *“Me gustaría que hubiera un taller de higiene y buenos hábitos. No la he planteado como sugerencia, creo que podría hacerlo... Ojalá haya más salidas, cada mes, hacer una excursión y que los usuarios la paguemos..., que haya más juegos de estimulación cognitiva, grupos de historia”* (hombre, 42 años, usuario del CD).
- *“Para eso están las asambleas, yo participo en ellas, me parecen fructíferas. Me gustaría que se hicieran una vez al mes y que la asistencia de las personas fuera estimulada... A lo mejor está bien mezclar la gente nueva con la gente antigua”* (hombre, 31 años, usuario del CD).
- *“No conozco los mecanismos de participación, se supone que es a través de comunicación directa con mi psicóloga o el terapeuta ocupacional que se pasan las sugerencias”* (hombre, 46 años, usuario del CRPS).
- *“En cada taller, nos dicen si queremos añadir algo, qué tal nos parece... yo propuse que se integre al programa de manejo del malestar, los enfados y los celos, lo cual fue incluido en el programa de manejo de las emociones y además lo trabajé en las tutorías con mi psicóloga”* (mujer, 41 años, usuaria del CRPS).
- *“Me hubiera gustado hacer un curso de autoestima. No salió ese curso acá, lo hice por cuenta propia leyendo libros de autoayuda... Planteé hacer el curso, pero me dijeron que no salió el cupo de personas para hacerlo”* (mujer, 57 años, usuaria del CRPS).
- *“No está por escrito ningún plan de crisis, yo acudiría al psiquiatra de mi CSM... No se ha planteado ningún plan desde el centro porque no hay ningún psiquiatra dentro del grupo”* (hombre, 51 años, usuario del CRPS).
- *“En caso de crisis sabría qué hacer, pero no hay plan escrito. Creo que cualquier persona del*

centro podría ayudarme” (hombre, 43 años, usuario del CRPS).

- “Yo me planteo acudir al centro en caso de crisis, informando que me siento mal para que me asesoren al respecto” (hombre, 42 años, usuario del CD).
- “Sé lo que haría: acudiría a las monitoras y a mi madre. Ya se sabe lo que hay que hacer...” (hombre, 31 años, usuario del CD).

- “Llevo un diario de mis emociones que me puede servir en caso de crisis” (hombre, 46 años, usuario del CRPS).

- “Sí, el plan se encuentra redactado por escrito. Hemos acordado un consenso con la psicóloga del centro y una hermana si me llegan a ver descompensada para ser ingresada. Lo realizamos tanto en el curso de psicoeducación como en la tutoría individual” (mujer, 41 años, usuaria del CRPS).

Tabla 2: Principales narrativas del grupo focal

El papel de la familia:

- “... que informaran sobre la enfermedad del paciente a las familias, que se implicaran mucho más las familias con el paciente y con psicólogo... una vez al mes, por lo menos”.
- “Yo, por ejemplo, eso sí que lo crearía constructivo, que la familia se involucrase un poco más”.
- “Yo creo que ventajas es que conocieran más lo que tenemos... y tengan reuniones y cosas, y les expliquen, pues, cómo llevar nuestros síntomas o cómo ayudarnos o cómo...cosas así”.
- “En mi familia algunas veces me han dicho: ‘ahí 14 años en tratamiento psiquiátrico y no te has querido curar porque no has querido’ y yo me quedo así bloqueado un poco. Yo no lo asimilo desde ese punto de vista”.
- “porque también sufren ellos los procesos que tenemos”.

Enfermedad mental y estigma:

- “Cuando conoces a gente y tal, lo normal, yo pienso no en decirle que estás en tratamiento psiquiátrico porque si no la sociedad te rechaza. Lo normal es decirle que eres una persona normal”.
- “Cuando estoy en mi casa mi marido, cuando tengo un ataque de ansiedad, pensar que no me hace ni caso. Pero cuando estoy constipada con fiebre me da una pastilla... ahora, si me pongo mala, claro, me cuida, ¿no? Y si tengo que ir al hospital él viene conmigo y me acompaña y todo; pero un ataque de ansiedad no lo entiende.”

- “Yo creo que tendrían que ser los profesionales los que accedieran un poco a la opinión pública y cambiaran la idea de la opinión pública de que los enfermos son criminales, somos gente incapaz de cuidarse; y tienen que ser los profesionales los que tienen que acceder un poco a cambiar esa opinión de la gente, porque si nos ven ahí con la cabeza agachada ‘ay, sí, sí, sí’”.

- “Sí, yo me refiero a donde pase mucha gente dejar un taquito así de libros, y nada, que lo coja a quien le interese de verdad y eso va ir infundiendo, más o menos...”.

Características del buen terapeuta:

- “Que, pues, lo que más me agrada es ver a los monitores, a los terapeutas siempre relajados, sonrientes. Es que eso...un ‘buenos días’, no sé cómo explicarlo”.
- “Sí, es como más humana la manera en que te atienden, ¿sabes? Es como un trato más como de familia”.

- “Porque todos eran encantadores, simpáticos en nuestra charla de nuestro grupo de psicoeducación, teníamos dos terapeutas que eran encantadores, y yo creo que eso es importantísimo, ¿no?, porque empezamos a sentirnos por primera vez, yo que sé, valoradas, empezamos a sentirnos felices, empezamos a sentirnos que lo que hacíamos servía para algo y ahí es donde empezamos... el primer lugar del mundo que empezó a ser bueno, ¿verdad?”.



Importancia de los primeros momentos de contacto con el centro:

- “Ellos me ayudaban a ver cuestiones poco a poco. Yo digo ‘poco a poco’ porque al principio es absolutamente...uno viene totalmente con la creencia de que no te van a ayudar”.
- “Al principio tuve...el enganche al Centro fue bastante difícil al principio, al tratamiento, porque muchas veces no venía porque estaba mal, porque me encontraba muy mal. Pero luego, después, al realizarse el enganche con el tratamiento empecé a mejorar... porque si no tienes a nadie no tienes referencias, porque vienes aquí y no tienes ninguna referencia, ¿no?, vienes y piensas: ‘no, si ya no...pa’ qué vengo si no tengo...”.

Síntomas de enfermedad mental que se socializan:

- “Yo, por ejemplo, tengo 32 años y llevo 5 años de vida tranquila con mi madre, pero vamos, sin amigos se me hace muy duro. El no tener amigos y no poder contarle a la gente, se me hace demasiado duro”.
- “Yo también he estado muy encerrada en mí misma y siempre todo el día dándole vueltas a pensamientos: ‘que si me rechazan, que si no sé qué, que si no sé cuánto’; y el que te aíslas eres tú”.
- “El problema que veo, el más gordo es la integración, que yo no me veo integrado nunca en un grupo y vengo aquí y voy a otro sitio, voy al trabajo y tal y...”.
- “Nos creemos, de alguna manera, inferiores o no valorados o no queridos; a algunos nos han marginado, de alguna manera, pero claro, no es problema del mundo, es problema nuestro, ¿no? esa pregunta ‘¿por qué yo soy peor que los demás?’ es importante tocarla, ¿no? Y eso yo creo que lo hemos tocado mucho y hemos entendido que los demás tampoco son felices, que nosotros no somos peores, que nosotros no somos

peores y ahí ese equilibrio de ‘estos son felices, yo no’ ‘o yo soy peor y ellos son estupefactos’.

Farmacodependencia:

- “La mejoría me ha llevado a tóxicos...ya hasta por donde voy. A los tóxicos, al alcohol, a unas buenas rayas, así ya...”.
- “Te puede venir porque te haya dejado la novia, te puede venir por mi esposa, o también, genéticamente, también te puede venir por los genes de la familia, influencias también”.

Elementos reconocidos como terapéuticos:

- “El trato con personas ‘normales’, entre comillas. En que ves un poco cómo son y en qué fallan y te ves...”.
- “Si trato con personas normales, o sea, inormales!, lo que es una persona corriente, lo que llama uno corriente, me ayuda a salir de mi yo, de mi historia...”.
- “Yo creo que es muy importante los terapeutas, lo que es el lenguaje oral pero también el lenguaje gestual, ¿no?, porque muchas veces que, por ejemplo, estás contando una cosa y el terapeuta está escribiendo”.
- “Yo creo que para mí lo más importante es que el terapeuta me entendiera, o sea, que no reaccionara, no sé, enfadándose o a lo mejor...”.
- “Es que nosotros nos recogemos demasiado en nuestros problemas y no nos damos cuenta de que... los demás los tienen igual, la cuestión está en salir de ahí, pero que lo tenemos como todo el mundo. Es que eso es importante, yo creo, ¿no?, tener esa visión”.
- “Hace muchos años había una psicóloga que se había tirado de un segundo piso, tenía el brazo caído y las piernas hechas polvo, y era psiquiátrica, me lo dijo una amiga que estaba trabajando de enfermera y me dijo lo que había pasado con esa mujer, los problemas los tienen hasta los profesionales”.

• Recibido: 2/1/2017.

• Aceptado: 30/3/2017.