



IVAN N. MARTINEZ-SALAZAR | ERIKA ACEVEDO-STEFANONI | SANTIAGO BOIRA | CHAIME MARCUELLO-SERVÓS | LAURA OTERO
BELÉN SANZ BARBERO | CARMEN VIVES-CASES | MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ SÁNCHEZ | MATILDE BLANCO VENZALÁ
CLARA FERNÁNDEZ BURRACO | ROSER MANZANERA RUIZ | GLORIA ÁLVAREZ-BERNARDO | NURIA ROMO-AVILÉS
JOSÉ AZOH BARRY | FRANCISCO JAVIER GORJON GÓMEZ

Grupos de ayuda mutua en personas con problemas severos de salud mental en el modelo de la recuperación. La inclusión del cuerpo

Self-help groups for people with severe mental health recovery model. Inclusion body

María José Rodríguez Sánchez*, Matilde Blanco Venzalá** y Clara Fernández Burraco***

* Trabajadora Social. Unidad de Salud Mental Comunitaria de Alcalá de Guadaíra. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Valme. Sevilla. mjrs2006@hotmail.com

** Facultativa Especialista en Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Comunitaria de Alcalá de Guadaíra. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Valme. Sevilla. Dirección para correspondencia: matilde.blanco.sspa@juntadeandalucia.es

*** Médico Interno Residente de tercer año de Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Comunitaria de Alcalá de Guadaíra. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Valme. Sevilla. clafebu@gmail.com

Abstract:

Recovery model is based on the implication of the people who suffer psychosis in their own improvement process. We propose a therapeutical experience in a Community Mental Health.

Team in the Andalusian Health Service. It includes integrated interventions from different professional roles (Social worker, nursery and psychiatrist) to increase healthy areas. This article exposes a 3-year evolution including a self-promoted movement from the users.

It includes bodily aspects and mutual self-help. This experience is set in a non-medical environment to promote healthy social aspects and increase experience out from the psychosis.

We also remark institutional and clinical difficulties to develop recovery activities in community environment from public health settings.

Keywords: Recovery, psychosis, self-help, body therapies.

Resumen:

El modelo de la recuperación se basa en la incorporación de las propias personas con trastornos mentales de naturaleza psicótica a su proceso de mejoría. Trabajando en este paradigma surge una experiencia denominada plataforma terapéutica que se desarrolla en un dispositivo de salud mental comunitaria pública y que incluye intervenciones múltiples, multidisciplinares e integradas con la intención de fomentar el uso de los recursos sanos de todas las dimensiones identificadas.

Los factores referidos cristalizan en una propuesta desde los propios integrantes para iniciar una actividad grupal de baile liderada por uno de ellos en un contexto extra-sanita-

rio con la intención de fomentar los aspectos sanos sociales y normalizar las actividades al margen de la vivencia de la experiencia psicótica.

Se señalan las dificultades desde la institución y la propia clínica psicótica para llevar a cabo actividades en el paradigma de la recuperación en encuadres comunitarios y desde la sanidad pública.

Palabras clave: Recuperación, psicosis, ayuda mutua, terapias corporales.

Article info:

Received: 01/09/2014 / Received in revised form: 20/02/2015

Accepted: 20/03/2015 / Published online: 25/06/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/comunitania.10.3>

1. Introducción

El concepto de recuperación entiende que la psicosis es un proceso flexible que puede evolucionar de forma positiva adquiriendo o reencontrando aspectos sanos de la persona afectada por la experiencia patológica. A pesar de este prisma optimista, la recuperación no es sinónimo de ausencia de síntomas sino un proceso abierto longitudinal que dura toda la vida y que incluye múltiples pasos progresivos en todas las dimensiones identificables. La filosofía subyacente a este paradigma es la necesidad de optar a la mejor calidad de vida posible para cada uno de los individuos que ha sufrido una experiencia psicótica, manejando los aspectos patológicos, utilizando la resiliencia de la persona y del entorno y manteniendo expectativas esperanzadas pero realistas ante el futuro.

Recuperación significa alcanzar una forma de vida en la que sea posible sobreponerse a los efectos de la enfermedad, de manera que ésta se asuma y se pueda definir una expectativa de vida más allá de sus efectos (Lieberman y Kipewick 2004).

Cualitativamente la recuperación se entendería como un único y profundo proceso personal de crecimiento más allá de la catástrofe de una enfermedad mental severa (Farkas et al, 2005). Operativamente, a efectos de cuantificación e investigación (Lieberman y Kopelwic 2004), se traduce en:

-
- *Remisión sintomática (hasta niveles soportables para el paciente).*
 - *Funcionamiento ocupacional: al menos media jornada ocupada en un sector competitivo durante dos años.*
 - *Vida independiente sin supervisión diaria.*
 - *Mantenimiento espontáneo de relaciones sociales.*
-

A nivel conceptual, el constructo teórico de la recuperación sintoniza con la psicosis como una respuesta atípica a una situación crítica de la que se puede apren-

der, salir e incorporar y utilizar factores sociales, emocionales y corporales potencialmente sanos para minimizar las consecuencias vitales y mejorar la calidad de vida del individuo psicótico y de su entorno (Roger 1994).

Uno de los conceptos básicos para trabajar en este paradigma es bien conocido en el contexto del trabajo social, el empoderamiento (López Peláez 2010): Utilizar el poder presente en las personas grupos y comunidades para desarrollar instrumentos que les permita usarlo e incrementarlo hasta conseguir la transformación de los entornos personales y grupales hostiles, ejerciendo sus derechos y reclamando un papel activo en su propia historia. La propia incorporación al espacio grupal implica cambios en la disposición personal y significa un paso en el proceso de autonomía para afrontar las situaciones desde uno mismo favoreciendo el desarrollo de otras formas de subjetividad más resolutivas e independientes (Martin Ferrari, 2000).

Con estas premisas, planteamos el trabajo grupal como un marco óptimo para el desarrollo de los aspectos inter-relacionales, trabajando desde las áreas sanas sociales y emocionales con el objetivo de aislar y manejar los aspectos psicóticos dentro de la vida cotidiana. El espacio terapéutico grupal permite el desarrollo de narrativas alternativas que posibilitan desbloquear el crecimiento y fomentar la recuperación de la experiencia psicótica estando especialmente indicado cuando se detectan escasos contactos sociales y poca homogeneidad en la red de base (Gracia Fuster 1997). Las personas con psicosis sufren a menudo una pérdida devastadora en su relaciones de amistad y apoyo mutuo al afectarse los pilares fundamentales de las mismas: reciprocidad, altruismo, confianza y aprecio.

A partir de este punto teórico iniciamos hace 4 años una experiencia grupal terapéutica con personas con diagnósticos relacionados con la psicosis. La experiencia se ha definido por el equipo técnico como plataforma terapéutica (Blanco et al 2014) haciendo referencia a su presencia estable y protectora de forma abierta y flexible en el acompañamiento a la persona con psicosis y a la multidisciplinariedad de las intervenciones y abordajes dada su complementariedad (Hermalin, 1987). Dentro de la oferta que constituye esta experiencia se incluye el grupo de autoayuda basado en el baile expuesto en este artículo, que surge por iniciativa de los propios participantes en el encuadre del grupo terapéutico. Destacamos que dentro de la atipicidad de nuestra intervención favorecemos la relación entre los participantes fuera de las sesiones, actuando en este sentido como un grupo de apoyo y facilitando la transición en algunos aspectos a grupo de ayuda mutua (Segado, 2013).

En este artículo se expone la evolución natural del grupo centrada en los aspectos sociales y corporales haciendo hincapié en la importancia de la incorporación de las personas con psicosis como motor de su propia recuperación, la necesidad de ofertar nuevas iniciativas terapéuticas comunitarias y la aceptación de las dificultades que también supone llevar a cabo estas tendencias en un contexto extra sanitario, público y con una población que ha experimentado una situación crítica a nivel vital, la psicosis.

2. Material y método

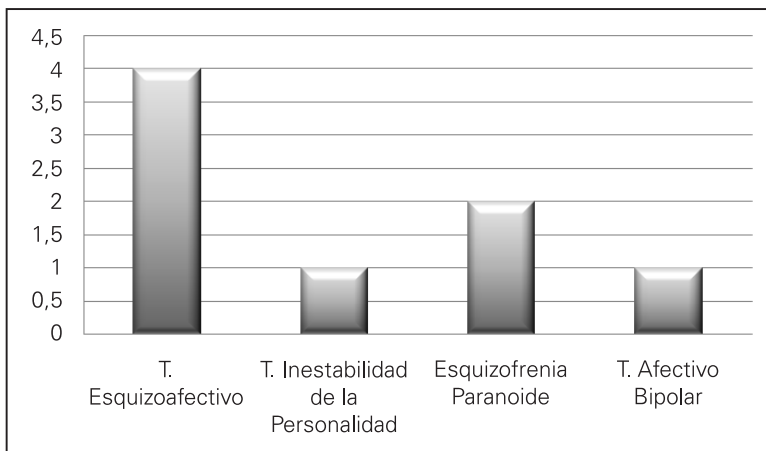
El contexto de trabajo es una Unidad de Salud Mental Comunitaria en una zona semiurbana de la provincia de Sevilla con una población de 73.000 habitantes. Este dispositivo pertenece a la red pública sanitaria del Servicio Andaluz de Salud.

Muestra:

Los participantes del grupo de ayuda mutua basado en el baile cumplen los siguientes criterios de inclusión:

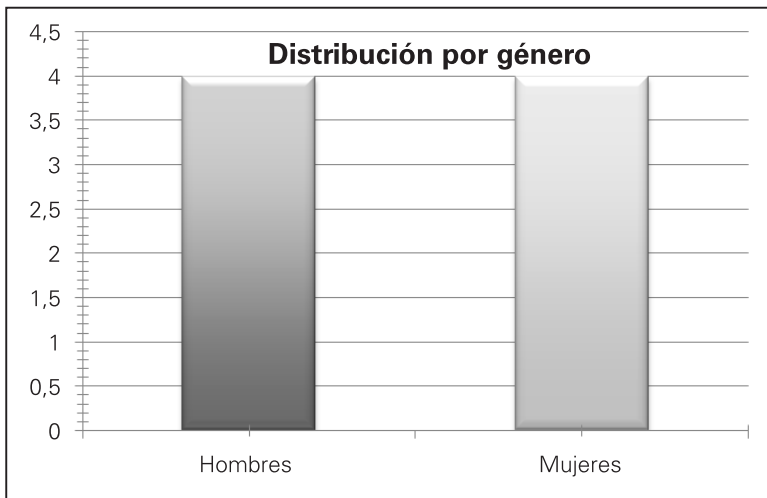
- *Pacientes con diagnóstico de psicosis: F20-25 y F 31 Los diagnósticos se distribuyen de la siguiente manera: 2 casos de Esquizofrenia Paranoide: F20.04 y F20.00, 4 casos de Trastorno Esquizoafectivo (2 casos F25, un F25.1 y un F25.2), 1 caso de Trastorno Afectivo Bipolar, 1 caso de Trastorno Límite de personalidad. Gráfica 1.*
- *Edades: 4 hombres y 4 mujeres con edades comprendidas entre 26 y 49 años. Gráfica 2 y 3.*
- *Situación clínica: Parcialmente estable. Posibilidad de síntomas activos sin repercusión conductual severa.*
- *Pertenencia al grupo terapéutico de recuperación de la psicosis desarrollado en la Unidad de Salud Mental Comunitaria en los dos años previos.*

GRÁFICA 1



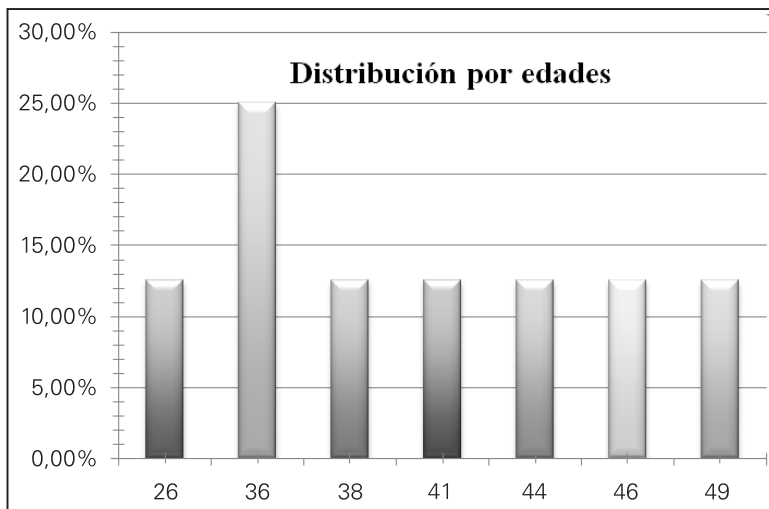
Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICA 2



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICA 3



Fuente: Elaboración propia.

Metodología del encuadre:

A partir de la experiencia grupal previa y en el contexto de trabajo de elementos motivacionales que había incluido elementos corporales (relajación y bioenergética) surge la idea por parte de los participantes de un nuevo grupo centrado en el baile. Dicha iniciativa es vehiculizada por el equipo técnico con los objetivos terapéuticos de:

-
- *Romper la inercia de inactividad.*
 - *Ampliar y profundizar las redes sociales.*
 - *Desarrollo de ayuda mutua.*
 - *Incorporación de espacios extrasanitarios.*
-

En el desarrollo de esta actividad resultó un elemento clave el que uno de los componentes del grupo terapéutico poseyera experiencia profesional previa en este terreno y que se ofreciera como profesor de baile.

La puesta en marcha del proyecto corrió a cargo de la trabajadora social, autora principal de este artículo, que a su vez forma parte del equipo terapéutico habitual de la plataforma de recuperación.

Una vez configurado el grupo se plantea la búsqueda de un espacio fuera del encuadre sanitario, para fomentar las partes sociales sanas del individuo y su incorporación a espacios normalizados y parcialmente desvinculados de su identidad como enfermo. Es por ello, que se solicita un espacio, donde habitualmente se viene realizando actividades de carácter social para la población general de Alcalá de Guadaíra.

En primer lugar se contactó con el Centro de Servicios Sociales (SS.SS.) del Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra, donde se llevan a cabo actividades de integración social y de participación de diferentes asociaciones del municipio. Se mantuvo entrevista con el director del centro de SS.SS. donde se le presenta el tipo de actividad para la que solicitamos el espacio. Como justificación, planteamos que se trata de un grupo de personas con TMG que forman parte de una plataforma de recuperación, con las siguientes necesidades:

-
- *Dar un sentido de normalización a esta actividad con el objetivo de luchar contra el estigma.*
 - *Conseguir la coincidencia con otros grupos de población que acuden también al centro para otro tipo de actividad haciendo visible una población que a menudo pasa desapercibida o asociada con aspectos negativos.*
-

La elección del centro fue consensuada por los participantes previamente a la solicitud. Se le propusieron varias opciones seleccionando finalmente aquel que se encontraba más cerca de los domicilios de la mayoría facilitando con ello también el acceso. Todas las decisiones en cuanto a frecuencia, duración y calendarización fue-

ron tomadas por los integrantes del grupo favoreciendo su implicación y el desarrollo de su autonomía. Finalmente se estableció una frecuencia semanal de hora y media de duración que se concretó en un día fijo (martes) para facilitar la incorporación en la rutina y la asistencia.

El horario de las sesiones se fija por la tarde para incrementar la oferta en un espacio de tiempo que tradicionalmente no ha estado estructurado en el día para las personas con psicosis. Habitualmente las actividades se han vinculado a los horarios sanitarios mayoritariamente matutinos, por ello con la elección del horario nuevamente pretendemos señalar la diferencia con los aspectos patológicos.

No fue necesario un reclutamiento propiamente dicho puesto que ya se partía del vínculo terapéutico establecido a través de la plataforma de actividades en la que ya existían lazos de confianza con los terapeutas y entre los participantes.

A lo largo del desarrollo de toda la actividad se realizaron llamadas telefónicas individuales a cada componente, previas a cada una de las sesiones.

Cada una de las sesiones se inicia con ejercicios de calentamiento y estiramiento que fomentan la toma de conciencia de lo corporal, aspecto que habitualmente es ignorado en el tratamiento de la psicosis. Dichos ejercicios se realizan en círculo para que los participantes acepten el contacto interpersonal y disminuya el nivel de ansiedad anticipatoria. Con la estructura circular, empleada también en la terapia de grupo, se permite horizontalizar o democratizar la relación entre los miembros (disminuyendo las diferencias entre los miembros participantes).

A continuación da lugar a la sesión de baile propiamente dicha que consta de las siguientes etapas y que está diseñada por el monitor/usuario:

-
- *Se aprenden los pasos de forma individual, se repiten varias veces hasta su memorización.*
 - *Posteriormente se introduce la música de baile (habitualmente latina: merengue, salsa y tango) y se adapta el movimiento a su ritmo.*
 - *Una vez integrada la música con el movimiento se distribuyen los participantes en parejas que van cambiando a lo largo de la sesión para potenciar el efecto en la red social, multiplicando los contactos.*
 - *Se finaliza el taller modificando la música a chill-out y realizando ejercicios de relajación para facilitar el cierre.*
 - *Posteriormente se complementa esta actividad con el abordaje de parte de las vivencias y contenidos en el grupo terapéutico para permitir su integración y fomentar la generalización de los aspectos sanos.*
-

3. Resultados

En cuanto a los aspectos meramente formales a lo largo del desarrollo de esta experiencia se puso de manifiesto la necesidad de ciertas modificaciones para garantizar el funcionamiento. Aunque a priori se consideró que el grado de motivación era alto ya que la propuesta procedía del propio grupo se objetivó la necesidad de realizar recordatorios telefónicos en cada una de las sesiones para garantizar la asistencia ya que el número de participantes era directamente proporcional a dichas llamadas y a la insistencia del referente técnico de la plataforma terapéutica.

Por otra parte conforme se fue desarrollando la actividad, los mismos participantes sintieron la necesidad de incorporar, para el mejor desarrollo de la actividad, una serie de elementos materiales (espejos, luces, música, etc.) que se fueron cumplimentando con la intervención de la coordinadora terapéutica. De especial interés terapéutico se consideró la solicitud de incorporación del espejo por su significación en el reconocimiento de uno mismo y su trascendencia en la reconstrucción del yo corporal en el proceso de recuperación.

En cuanto al ambiente terapéutico los talleres evolucionan hacia la flexibilidad tanto en lo relacional como en lo corporal observándose las siguientes modificaciones:

-
- *En el inicio la postura física se caracterizaba por la rigidez, la ausencia de movimientos espontáneos y fluidos, las expresiones faciales con mandíbulas tensas, las manos sudorosas y la ausencia de contacto visual (o mirada periférica).*
 - *Con respecto a la tarea los participantes expresaban vivencias de extrañeza con falta de iniciativa, y miedo al contacto, lo que se traducía en la tendencia a mantener un espacio vital aumentado.*
 - *A nivel verbal expresaban vergüenza, sentimiento de torpeza y miedo al ridículo.*
-

A lo largo de las sesiones la impresión global en todos los participantes (profesionales y no profesionales) es que existe un incremento de la armonía en los movimientos, con disminución de los movimientos robotizados, la aparición de acompañamiento con la música y la sensación de disfrutar la experiencia.

Físicamente se observa mayor flexibilidad, ritmo y definición en los movimientos apreciándose datos objetivos concretos como los pies levantándose del suelo, relajación de la expresión facial y mejoría del contacto visual, aumentando la capacidad de compartir espacios vitales. Destacar que dichas modificaciones se produjeron sin cambios significativos a nivel farmacológico y que aunque la psicomotricidad descrita coincide plenamente con los efectos secundarios extrapiramidales iatrogénicos todas las personas del grupo se encontraban en tratamiento con medicación antipsicótica atípica, por lo que dichos hallazgos no se explicarían desde las modificaciones químicas.

En la interacción personal se muestran más espontáneos, interrumpiendo, preguntando y adoptando papeles activos de ayuda al otro.

A lo largo de las sesiones se pone de manifiesto un aumento de las expresiones emocionales y comunicacionales, que actúan como elementos motivacionales, actuando como refuerzos positivos al encontrarse capaces de desarrollar la actividad: sonrisas, risas y caras de satisfacción ante una actividad correctamente realizada. Destacar que en la estructura de cada sesión se presenta una nueva coreografía con un tipo de música y que la finalización de ésta se convierte en una pequeña meta que crea sensación de control y dominio de la tarea superada. Este patrón podría considerarse como la base de trabajo en la plataforma terapéutica en todas las dimensiones y herramientas. Tareas concretas, realistas que se evalúan valorando tanto su cumplimiento como los factores que hayan intervenido en su fracaso, en caso de que suceda, ayudando a plantear nuevas metas, dándole el valor a la propia experiencia independientemente del resultado.

Paradójicamente a estas observaciones que podrían considerarse positivas, conforme se avanza en las sesiones se aprecia que el nivel de asistencia disminuye progresivamente haciéndose escaso e intermitente. Hay muchas ausencias de los miembros del grupo, expresan dificultades para incluir el baile como parte de su rutina diaria, el organizador plantea obstáculos técnicos y en general no existe un compromiso estable.

De esta manera se pone de manifiesto la necesidad de incentivar y acompañar a las personas con psicosis aunque avancen en el proceso de recuperación para evitar el estancamiento. Hay que trabajar con la persona y para ello un requisito indispensable es la motivación del profesional con una actitud positiva ante el fenómeno de la recuperación.

El cierre se expuso en el grupo terapéutico, donde si seguían acudiendo, y donde decidieron suspender la actividad planteando retomarla en el futuro apareciendo de forma intermitente en el desarrollo posterior de las sesiones de la plataforma terapéutica.

4. Discusión

En nuestra opinión la dinámica novedosa de esta experiencia grupal en personas que han experimentado vivencias psicóticas, favorece la recuperación ya que pretende ir más allá de la estabilización de los síntomas, crea capacidad de autonomía e integración comunitaria y aporta un papel más activo a la persona en su vida diaria. Pretende que el individuo tome un papel principal en la actividad, sea él quien decida asistir, quien realice el esfuerzo por realizar correctamente la actividad y quien experimente e incorpore sensaciones positivas y negativas que le permitan

crear una opinión individual sobre la actividad. El objetivo de romper la inercia de la inactividad se basa en las actuaciones del propio interesado aunque siempre con el apoyo del equipo técnico terapéutico.

Las herramientas sobre las que se sustentan los cambios incluyen:

-
- *Aspectos cognitivos como la mejoría de la concentración y la memoria que se ejercitan en el desarrollo de la tarea concreta.*
 - *Aspectos sociales como habilidades de socialización y autogestión del tiempo libre. En las personas con TMG existen dificultades para gestionar su tiempo libre. La falta de motivación es un factor que influye en esta capacidad, llegándose a perder la iniciativa necesaria para disfrutar de las actividades lúdicas y gratificantes para uno mismo. Por ello es necesario incorporar en los tratamientos los Programas de Rehabilitación Psicosocial donde se trabajan, además de otros aspectos, la gestión del tiempo libre. Nuestra actividad estaría encuadrada dentro de este tipo de programas.*
En este sentido se pone de manifiesto la autonomía creciente de los miembros del grupo, no acuden acompañados, establecen encuentros fuera del marco específico de la actividad de baile, hay intentos de vinculación de los miembros del grupo manteniendo relaciones de amistad tras finalizar la tarea (tomar café, salir a pasear, visitas a los domicilios, presentación de familiares, etc.). Con ello, podríamos decir que la actividad consigue cierta disminución de la inhibición social ampliando y profundizando las redes sociales y facilitando la incorporación de la ayuda mutua íntimamente relacionada con lo social y lo emocional.
El contacto terapéutico, a lo largo de las sesiones de baile, facilita el desarrollo de relaciones estables y de confianza con los terapeutas y los otros miembros del grupo, esto hace que la actividad sea más cómoda conforme van pasando las sesiones y que aparezca una vinculación entre los participantes a través de lo corporal. Hay una mejoría del contacto, disminución de la rigidez, aumento de la expresividad facial y de los movimientos espontáneos, mejorando la capacidad de relación entre los componentes del grupo, y estimulando o aumentando las herramientas de cada miembro para ampliar sus redes sociales.
 - *Aspectos afectivos: Consideramos que lo observado va más allá de la mejoría del autoconcepto de la persona, al implicarse en la consecución de tareas concretas y la obtención de resultados positivos. Incluye el bienestar corporal y la satisfacción de sentirse útil en el apoyo al otro.*
 - *Aspectos corporales: En líneas generales se apreció una disminución de la rigidez y un incremento de la espontaneidad corporal, con incremento de los movimientos acompañantes de la expresión, complementando los aspectos no verbales comunicacionales. Esta observación nos plantea una línea de trabajo interesante ya que durante el desarrollo de las sesiones no existieron cambios farmacológicos y como punto de partida todos los participantes se*
-

encontraban en tratamiento con antipsicóticos atípicos para minimizar el efecto iatrogénico extrapiramidal y facilitar el abordaje de los síntomas psicóticos negativos.

Por ello, entendemos que las observaciones somáticas iniciales y sus modificaciones a lo largo de la actuación están íntimamente relacionadas con los aspectos corporales de la propia psicosis más que con efectos secundarios medicamentosos. De acuerdo con la teoría bioenergética la personalidad esquizoide se caracterizaría por la tendencia a dividir el funcionamiento de la personalidad (escisión) y la predisposición a la retirada hacia dentro (aislamiento de los aspectos externos que pueden causar sufrimiento). Los mecanismos de defensa ante el mundo externo que resulta hostil se traducen a nivel corporal a través de una hipertonía generalizada como tono habitual, un encogimiento ante el mundo, que recordaría las observaciones al inicio (Lowen 1981). Desde esta perspectiva teórica el valor de las modificaciones objetivadas durante la actividad de baile radicaría en la capacidad de integración y apertura desde lo corporal, extendiéndose a lo emocional e interaccional para disminuir el miedo al contacto con el entorno. En ese sentido interpretamos hechos puntuales como la petición de un espejo durante las sesiones, siendo capaces de mirarse a si mismos y "corregir la postura", su posición en el mundo. Abundando en el tema desde la mirada externa, esta misma apertura física actúa modificando la carta de presentación de la persona, su propio cuerpo, proyecta una imagen más flexible y segura lo que influye sobre el rechazo propio y ajeno (autoestigma y estigma).

Son muchos los esfuerzos, incluso políticos (plataforma 1 de cada 4) (Lopez 2012) que pretenden mejorar la imagen y la percepción social del enfermo mental, con una visión más realista y ajustada a la verdad. Los múltiples mitos sociales alrededor del diagnóstico de la enfermedad mental dificultan la mejoría de las personas con TMG, ya que ellas mismas comparten sus miedos y reproches que actúan como autofreno generando círculos viciosos de apatía y empeoramiento y configurando un fenómeno de profecía autocumplida (fenómeno pigmalion). A pesar de que el interés en el estigma ha motivado un número creciente de estudios, 3358 hallazgos en pubmed con los descriptores "stigma" y "mental illness", de los cuales 1848 se han realizado en los últimos 5 años, la mayoría de las intervenciones para eliminar o debilitar los prejuicios no resultan rápidas ni fáciles. Los clichés afectan a todas las personas que padecen TMG, con independencia de sus características de personalidad, del tipo de su trastorno o el grado de afectación alcanzado, por lo que cualquier programa de rehabilitación psicosocial debería incluir el manejo del estigma en sus objetivos.

La reducción del estigma requiere actuaciones desde múltiples ángulos. Con nuestra actividad de baile, hemos trabajado desde la integración comunitaria, ya que el mejor modo de enseñar a la sociedad a eliminar el estigma es ponerle cara y nombre a las personas con enfermedad mental, por ello se decidió que la actividad se realizara en un lugar público abierto a toda la población.

Incluso más importante que el punto anterior está el trabajo desarrollado sobre el autoestigma. Este concepto se define como el proceso que se inicia cuando la persona afectada es consciente de o reconoce los estereotipos sociales asociados con la enfermedad mental, para después estar de acuerdo con ellos, internalizarlos y aplicarlos a sí mismo. Teniendo en cuenta cuan negativos son estos estereotipos los individuos experimentan sentimientos de baja autoestima, limitada interacción social y tendencia a adoptar la identidad de la enfermedad como dominante, refugiándose en el aislamiento (Watson et al 2007). En el grupo de baile, el autoestigma se ha abordado desde el reconocimiento en espejo de los otros miembros del grupo, también diagnosticados de trastorno mental y en los que se aprecian elementos positivos y de mejora, permitiendo generarse modelos de enfermedad mental alternativos más positivos y amables.

Independientemente de la propia experiencia en el grupo de baile, los beneficios se relacionan con la elaboración posterior de los elementos vivenciales en el grupo terapéutico que forma parte del conjunto de intervenciones que denominamos plataforma (Blanco et al 2014). Consideramos que la elaboración de las experiencias es indispensable para obtener el máximo beneficio en el proceso de recuperación. Los contenidos vivenciales generados se trabajan en la misma línea que otras aportaciones originadas en la vida de las personas con psicosis. Planteamos que el resultado de la tarea no es lo verdaderamente importante sino el proceso de integración y elaboración de lo vivido. Los resultados objetivos de las tareas, consecución o fracaso, son igualmente útiles en el proceso de recuperación. Completar las tareas con éxito permite la construcción de una autoestima más estable y basada en aspectos objetivos. Pero por otra parte, cuando el resultado no es óptimo obtenemos una información sumamente valiosa que permite analizar los puntos de dificultad y bloqueo en la tarea. Cuales son las situaciones donde se producen los problemas, en que se diferencian de aquellas que son exitosas, que herramientas son deficitarias y que vías alternativas pueden plantearse. La evaluación cognitiva/emocional de estos aspectos disminuye el dramatismo y el miedo ante el fracaso planteando nuevas metas más ajustadas a las condiciones en el momento dado. Destacar que incluso estas situaciones de valencia negativa nos ha permitido analizar la relación entre los estados emocionales con la sintomatología psicótica positiva intentando a nivel terapéutico recodificar dichos síntomas como señales derivadas de los aspectos emocionales y reconducibles desde la experiencia.

La clave para obtener el máximo rendimiento de esta experiencia estaría en la dualidad entre el fomento de la autonomía y el desarrollo personal y el acompañamiento profesional para aportar constancia e integración de lo vivido. Este prisma obliga a los profesionales a modificar su visión pasando del ambiente meramente sanitario que se basa en el tratamiento de la parte enferma al uso de los recursos sanos que pasan desapercibidos desde lo puramente clínico.

Lo referido se intensifica cuando nos centramos en intervenciones psicosociales, entre las que se encuentran las técnicas expresivas como la que se describe en este

artículo. Con ellas se pretende un cambio en el funcionamiento mental, conductual y relacional en personas, que en nuestro caso, han sufrido una experiencia psicótica.

El nexos común entre las técnicas terapéuticas descritas bajo este epígrafe está en la utilización de mecanismos de simbolización, comunicación y expresión mediante canales verbales o no verbales (expresión artística, musical o corporal) y se diferencian entre ellas según los objetivos y la metodología de las actividades ocupacionales a través de las que se vehiculan. Incluyen modalidades terapéuticas como arteterapia, musicoterapia y técnicas de expresión corporal. Si la aplicación de estas técnicas es anecdótica la investigación en la materia es incluso más escasa. A pesar de ello, el uso de estas técnicas con independencia de la modalidad utilizada: arteterapia, musicoterapia, etc.) Está recomendado para personas con predominio de sintomatología negativa (National Collaborating Centre for Mental Health 2008). Específicamente, se ha argumentado que las terapias creativas aportarían un enfoque complementario para mejorar la salud mental ayudando a las personas a expresarse a través de distintos canales y desarrollando su conciencia sobre su situación vital y su capacidad de insight.

No hemos encontrado datos específicos de experiencias similares a la nuestra, con la confluencia del baile, la psicosis la autoayuda y el concepto de recuperación. Sin embargo hemos encontrado evidencias con otras técnicas que también utilizan el cuerpo como vehículo y trabajan fundamentalmente basándose en aspectos no verbales.

Algunos estudios donde se utiliza la arteterapia han observado cambios similares a los obtenidos en nuestra propia experiencia. En la discusión, los terapeutas autores del estudio, consideran que el efecto se establecería a través de la mejora del autoconocimiento y la liberación de sufrimiento, aplicándolas a la resolución de conflictos internos y a la mejoría de la comunicación con los profesionales. Consideramos que sus hipótesis coinciden con aquellos datos explícitos referidos en la elaboración posterior de los contenidos vivenciales en nuestro grupo terapéutico. Apuntar que en nuestro caso se añade que los efectos observados se multiplican exponencialmente al extenderse la confianza y la capacidad de comunicación al resto de los integrantes del grupo. Asimismo, destacan la mejoría de la autoestima y la confianza en sí mismo a través del auto control e identificación de los sentimientos como motor para la adquisición de nuevas habilidades (Patterson et al 2011). A pesar de lo referido hay que añadir que dichos resultados son controvertidos ya que también existen otros estudios donde no se confirman los beneficios de la arteterapia, al no encontrar mejoría en el funcionamiento global ni en el estado de salud de las personas con esquizofrenia, considerándose poco eficiente dado su coste (Apter et al 1978) (Leurent et al 2014).

En el caso de la musicoterapia se utiliza la interacción con la música como medio de comunicación y expresión. El objetivo terapéutico es fomentar el desarrollo de

relaciones y el abordaje no verbal de contenidos emocionales y comunicacionales. En una revisión sistemática del 2011 (Mössler et al 2011) y otra revisión de 2013 (Ren y Xia 2013) concluyen que la musicoterapia puede considerarse como un tratamiento complementario a la atención estándar en la esquizofrenia. Las conclusiones de esta retrospectiva incluyen la mejoría del estado general, del estado mental (incluidos los síntomas negativos) y del funcionamiento social si se proporciona un número suficiente de sesiones de musicoterapia a cargo de musicoterapeutas competentes. Inciden en el valor añadido diferencial de la musicoterapia que ofrece un elemento experiencial humano que la psicoterapia directa no puede brindar. Su efecto a largo plazo, la relación dosis-respuesta su efecto en personas con baja motivación a la terapia y el papel de distintos tipos de terapia musical son preguntas que aún deben ser contestadas (Gold et al 2009) (Kamioka et al 2014).

Con respecto a otras técnicas consideradas como expresivas: meditación, técnicas de mindfulness, ejercicios de respiración, entrenamiento de relajación general e intervenciones holísticas se han encontrado algunos estudios positivos. No obstante, la validez de las conclusiones es débil dada la heterogeneidad de la metodología, el escaso tamaño de la muestra y la falta de control en los estudios (Helgason y Sarris 2013).

Aunque más de la mitad de los pacientes psiquiátricos utiliza algún tipo de medicina complementaria y alternativa, con la Medicina Mente-Cuerpo (MBM) hasta la fecha existen revisiones específicas que confirmen el efecto de la MBM para los trastornos psicóticos. La revisión concluye en que se necesita más investigación para evaluar de manera decisiva la validez de la aplicación de muchas terapias alternativas en el tratamiento de los trastornos psicóticos (San Pedro 2009).

Especial interés en relación con nuestro trabajo tiene el movimiento llamado "Danza Movimiento Terapia" (DMT) cuyos resultados tienden a confirmar la eficacia de la terapia de movimiento para adolescentes psicóticos (Apter et al 1978). El principio central de la DMT es la concepción de la dualidad mente cuerpo como una unidad, en la que todas las experiencias se viven a través de ambos elementos (Levy 1995). Sin embargo los canales de expresión que utilizan cuerpo/mente no son los mismos. Los procesos intelectuales están vehiculados por elementos cognitivos-verbales, mientras que el aspecto físico, lo corporal, sigue siendo pre-verbal y por ello precisar también del uso de aspectos no verbales como el movimiento que podría ofrecernos un acceso directo al mundo emocional y permitir su incorporación a la vida psíquica del individuo (Penfield 1989).

El trabajar de forma holística nos permite incorporar los elementos corporales tanto al diagnóstico como al tratamiento. A nivel diagnóstico ofrece información privilegiada sobre los aspectos emocionales y a nivel terapéutico nos permite añadir las actuaciones en el plano corporal para desarrollar cambios cognitivos y emocionales. Asimismo, el movimiento facilita la expresión emocional, restableciendoco-

nexiones entre cuerpo y mente, propiciando la recuperación del movimiento espontáneo, rescatando afectos desde el movimiento y aportando material experiencial para su posterior trabajo psicológico con el paciente (Fischman 2005).

Recientemente, los estudios realizados en los campos de la neurociencia y las ciencias cognitivas apoyan las tesis de la DMT. Diversos estudios han utilizado diferentes técnicas y metodologías experimentales, para demostrar la existencia del mecanismo denominado Sistema de Neuronas Espejo (MNS), que sienta las bases neurológicas de fenómenos psíquicos como la intersubjetividad y la empatía (Gallese 2003).

Habiendo analizado los efectos de otras técnicas expresivas en personas con esquizofrenia también consideramos oportuno analizar el efecto del baile en concreto en la salud mental de otras poblaciones. La práctica regular de baile parece ser una estrategia adecuada para prevenir y tratar el decaimiento del ánimo y la depresión. El baile mejora la autoestima y las capacidades sociales y de comunicación y al mismo tiempo ayuda a desarrollar confianza y aliviar el miedo a mostrarse frente al público (Duberg 2013).

Un ensayo controlado aleatorio (ECA) con 45 personas con esquizofrenia practicando danzoterapia comparó la terapia de baile y la atención estándar u otras intervenciones psicosociales. Concluye que aunque no hubo diferencias globales significativas entre los 2 grupos, el subgrupo en danzoterapia mostró una mejoría significativa en los síntomas negativos. Debido al pequeño número de participantes, la validez de los resultados es limitada en cuanto a la evidencia pero esperanzador en nuestra experiencia dada la similitud de las observaciones.

Para terminar destacamos el papel positivo y terapéutico de la ayuda mutua como parte del marco terapéutico (Davidson 1991). A pesar de que la aplicación de tácticas cuantitativas son sumamente difíciles en este campo de estudio y que las características naturalísticas del encuadre (múltiples actuaciones simultáneas) dificultan adscribir a esta experiencia en particular los cambios, creemos que es interesante puntualizar que a resultas de las intervenciones de la plataforma se ha observado una recuperación progresiva en la puntuación de la GAF y de la sintomatología psicótica incluyendo subtipos negativos y positivos (Blanco et al 2014).

Finalmente, nos ratificamos en nuestra opinión ya expresada en otro momento al trabajar con personas con psicosis en el paradigma de la recuperación. Hay que asumir que se van a producir movimientos espontáneos que no son planificados por los terapeutas y que en ocasiones precipitan cambios que son necesarios gestionar para convertir en avances. Prueba de esto es la evolución de este grupo de baile, desde su creación, espontánea y ajena a los técnicos, su desarrollo requirió el apoyo mantenido de los terapeutas en su organización, mantenimiento y elaboración y en la gestión de su disolución.

Señalar que tras la disolución oficial del grupo de baile, parte de los participantes se han incorporado a actividades normalizadas alguna de ellas relacionadas con la danza y que el monitor/participante continúa dando clases para otros colectivos con diagnósticos relacionados con la psicosis en coordinación con ASAENES (Asociación de Familiares, Allegados y Personas con Trastorno Mental Grave). Los grupos terapéuticos continúan con un incremento progresivo de la asistencia y cada cierto tiempo se hace alusión a volver a reiniciar el grupo de baile que ya forma parte del aprendizaje colectivo.

5. Conclusion

Resumiendo, los hallazgos e impresiones obtenidos en nuestra experiencia coinciden con el grueso de los datos actuales sobre la eficacia de los grupos de ayuda mutua en salud mental (Pistrang, 2008). Si bien impresionan como positivos, son sólo parcialmente generalizables y difíciles de mantener en el tiempo.

No obstante entendemos que los grupos de ayuda mutua en personas con psicosis son un paso más en la trayectoria de alfabetización relacional (López Peláez, 2010) para desarrollar nuevos vínculos sociales que permitan el cambio hacia la salud. Hemos observado que el papel del trabajo social, en la misma línea que en otras experiencias recogidas en la literatura (Sarafino, 2014) resulta imprescindible como facilitador del desarrollo de espacios no clínicos, donde se da una relación igualitaria entre los miembros con situaciones vitales similares, permitiendo desarrollar un sentido de la pertenencia y vínculos afectivos que van más allá del propio encuadre grupal. En el seguimiento de las personas que constituyeron este grupo hemos observado como se daban y se mantenían todos estos fenómenos. Sin embargo, no se han dado otros elementos también propios de los grupos de ayuda mutua como la autorresponsabilización/control del grupo por parte de los miembros del mismo precisando de la presencia del trabajador social para aportar un conocimiento específico que permita identificar posibles situaciones relacionadas con la clínica y proporcionar estabilidad y continuidad (Domenech, 1998).

En nuestra opinión, la interacción mantenida con el profesional de trabajo social ha actuado como uno de los motores de movilización y cambio hacia la recuperación de los aspectos sociales de las personas con psicosis que han participado en esta experiencia.

6. Referencias

Apter A., Shahir, Tyano S., Wijsenbeek H. 1978. "Movement therapy with psychotic adolescents": *British Journal of Medical Psychology*, 52 (2): 155-9.

Blanco Venzalá M., Ramírez Morgado M.A., Rodríguez Sánchez M.J., Iriarte Rivero M. 2014. "Aplicación del modelo de recuperación a la psicosis en la práctica clínica cotidiana. Una experiencia grupal de 2 años." *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(122): 249-266.

Davidson L., Chinman B., Weingarten R., Stayner, D., Kraemer, J. 1991. "Peer support among individuals with severe mental illness: a review of the evidence." *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6: 165-187.

Domenech López, Yolanda (1998): *Introducción al trabajo social con grupos*. Alicante: Editorial club universitario.

Duberg A., Hagberg L., Sunvisson H., Möller J. 2013 "Influencing self rated health among adolescent girls with dance intervention: a randomized controlled trial." *Journal of American Medical Association of Pediatrics* 167 (1): 27-31.

Farkas M., Gagne C., Anthony W., Chamberlin J, 2005 "Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions." *Community Mental Health Journal* 41(2):141-58.

Fischman D. 2005. "Danza Movimiento Terapia. Encarnar, Enraizar y Empatizar, Construyendo los mundos en que vivimos." I Congreso de Artes del Movimiento. Instituto Universitario Nacional del Arte Buenos Aires, Argentina.

Gallese V. 2003. "The root of Empathy": The shared Manifold Hypothesis and Neural basis of Intersubjectivity." *Psychopathology*, 36: 171-180.

Gold C., Solli H.P., Kruger V., Lie S.A. 2009. "Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis." *Clinical Psychology Review* 29(3): 193-207.

Gracia Fuster, E. 1997, "Grupos de apoyo y ayuda, una fuente de recursos para la intervención social." En *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.

Helgason C., Sarris J. 2013. "Mind-body medicine for schizophrenia and psychotic disorders: a review of the evidence." *Clinic of Schizophrenia and Related Psychoses*, 7(3):138-48.

Kamioka H., Tsutani K., Yamada M., Park H., Okuzumi H., Tsuruoka K. Honda T., Okada S., Park S.J., Kitayuguchi J., Abe T., Handa S., Oshio T., Mutoh Y. 2014. " Effectiveness of music therapy: a summary of systematic reviews based on randomized controlled trials of music interventions" *Patient Preference and Adherence* 8:727-54.

Hermalin J., Morell J.A., 1987. *Prevention planning in mental health*. Newbury Park: Sage.

Leurent B., Killapsy H., Osborn D.P., Crawford M.J., Hoadley A., Waller D., King M. 2014. Moderating factors for the effectiveness of group art therapy for schizophrenia: secondary analysis of data from the MATISSE randomised controlled trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 49(11): 1703-1710.

Levy F. 1995. *Dance and Other Expressive Arts Therapies - When Words are not Enough*. London: Routledge.

Liberman R., Kipewick A. 2004. "Un enfoque empírico de la recuperación en la esquizofrenia: definir la recuperación y los factores que pueden facilitarla." *Rehabilitación Psicosocial*, 1(1):12-29.

López M., 2012. El estigma en salud mental. *Psychology, Society, & Education* 4 (2): 131-136.

López Peláez A., 2010. *Teoría del trabajo social con grupos*. Madrid: Universitas.

- Lowen, A. 1981. Bioenergética. México: Diana.
- Martín Ferrari L., Rivera Gaiztarro A., Morandé Lavín G., Salido Eisman G. 2000: "Las aportaciones de los grupos de autoayuda a la salud mental". *Clínica y Salud* 11 (2): 231-256.
- Mössler K., Chen X., Heldal T.O., Gold C. 2011. "Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders". *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- National Institute for Health and Care Excellence, 2010: Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care. N° of guidance 178. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Patterson S., Debate J., Anju S., Waller D., Crawford M.J. 2008. "Provision and practice of art therapy for people with schizophrenia: results of a national survey". *Journal of Mental Health*, 20 (4): 328-35.
- Penfield K. 1989. Individual movement psychotherapy DMT in private practice. En Payne, H. *Dance Movement Therapy: Theory and Practice*. London: Routledge.
- Pistrang N., Barker C., Humphreys K., 2008. Mutual help groups for mental health problems: a review of effectiveness studies. *American Journal of Community Psychology*, 42(1-2): 110-121.
- Ren J., Xia J. 2013. Dance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Reviews*.
- Roger C. 1994. El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidós.
- San Pedro N. 2009. El papel de la danza movimiento terapia en una institución de salud mental. *Avances en salud mental relacional*, 8 (3): 1-80.
- Segado Sánchez-Cabezudo, S, del Fresno García, López Peláez, A. (eds): *Modelos de Trabajo Social con grupos: nuevas perspectivas y nuevos contextos*. Madrid: Universitas.
- Sarafino E., Smith T. 2014. *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. USA: Wiley.
- Watson A., Corrigan P.W., Larson J., Sells M. 2007. Self-Stigma in People with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin* 33 (6): 1312-18.

ARTICULOS/ARTICLES

¿Cómo afrontar la obesidad en una sociedad digital? Respuestas desde el campo del Análisis Aplicado de la Conducta / How to treat obesity in a digital society? Answers from the Applied Behavior Analysis field
Ivan N. Martínez-Salazar y Erika Acevedo-Stefanoni Págs 9-25

Femicidio y feminicidio: Un análisis de las aportaciones en clave iberoamericana / Femicide and Feminicidio: an analysis in Latinoamerican perspective
Santiago Boira, Chaime Marcuello-Servós, Laura Otero, Belén Sanz Barbero
y Carmen Vives-Cases Págs 27-46

Grupos de ayuda mutua en personas con problemas severos de salud mental en el modelo de la recuperación. La inclusión del cuerpo / Self-help groups for people with severe mental health recovery model. Inclusion body
María José Rodríguez Sánchez, Matilde Blanco Venzalá y Clara Fernández Burraco Págs 47-64

Cambio, desarrollo social y movimientos sociales en un contexto internacional en África Subsahariana (Tanzania) / Change, social development and social movements in an international context in subsaharian Africa (Tanzania)
Roser Manzanera Ruiz Págs 65-82

“Yo también quiero ser madre”: Acceso a la maternidad en familias no heteronormativas / “I want to be a mother too”: Access to motherhood in non-heteronormative families
Gloria Álvarez-Bernardo y Nuria Romo-Avilés Págs 83-96

Un aspecto de salud desapercibido y desatendido: los riesgos de caída domiciliar en edad avanzada / An unnoticed and neglected health aspect: risks for domestic falls in older age
José Azoh Barry Págs 97-112

Teoría de la Impetración de la justicia. Por la necesaria ciudadanización de la justicia y la paz / Theory of supplication of Justice. For the necessary citizenization of the justice and peace
Francisco Javier Gorjon Gómez Págs 113-131

RESEÑAS/REVIEWS

Antonio López Peláez (coord.). Social Work Challenges in the XXI Century: Perspectives from the USA / Retos para el Trabajo Social en el siglo XXI: perspectivas desde los Estados Unidos de América
(por Raquel Pérez García) Págs 133-137

Enrique Pastor Seller y María Asunción Martínez Román (coords.). Trabajo Social en el siglo XXI. Una perspectiva internacional comparada / Social Work in the 21st century. An international comparative perspective
(por María de las Olas Palma García) Págs 139-141

