



DESCENTRALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN SALUD MENTAL: UN ESPACIO DE REFLEXIÓN.

Decentralization of cares in mental health: a space for reflection.

BELÉN PASCUAL-VERA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE VALENCIA. belen.pascual@uv.es

Licenciada en Psicología y Psicóloga General Sanitaria. Es personal investigador (FPI), adscrita al Proyecto I+D: “El espectro obsesivo-compulsivo desde una perspectiva transdiagnóstica”, dirigido por la Dra. Amparo Belloch. Su investigación se centra en psicopatología y clínica. Ha desarrollado proyectos de inserción socio-comunitaria, y participado activamente en colectivos críticos autónomos en el área de salud mental.

RECIBIDO: 31 DE JULIO DE 2017

RESUMEN: Aunque la dimensión de salud está mediada por el contexto social, los modelos de atención hegemónicos priorizan la profesionalización e individualización de los cuidados, y la atención desde el entorno social permanece invisibilizada. En este trabajo se presenta un análisis sobre la centralización de los cuidados en salud mental, partiendo de la dicotomía entre cuidados profesionales e informales; y se proponen algunas consideraciones respecto a cómo descentralizar los cuidados. Se plantea la necesidad de revalorizar el papel del entorno social, y generar herramientas de gestión colectiva de la salud-enfermedad.

PALABRAS CLAVE: cuidados, salud mental, cuidadores, apoyo mutuo, revisión crítica.

ACEPTADO: 9 DE DICIEMBRE DE 2017

ABSTRACT: Although of health dimension is mediated by the social context, hegemonic models prioritize the professionalization and individualization of cares, and the role of social environment remains invisible. This paper presents a reflection on the centralization of cares in mental health, starting from the dichotomy between professionalized and informal cares. Some reflections on how mental health care could be decentralized were also consider. Revaluating the role of the social environment, and generate tools of collective management of health-disease are suggested.

KEYWORDS: cares, mental health, mutual support, caregiver, critical review.

Pascual-Vera, Belén.

“Descentralización de los cuidados en salud mental”

Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 395-406

DOI: 10.7203/KAM. 10.10594 ISSN: 2340-1869

INTRODUCCIÓN

Las primeras definiciones del concepto de salud que emite la Organización Mundial de la Salud (OMS) entendían esta como “el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”, estableciendo, así, una dicotomía explícita entre salud y enfermedad, y limitándose al mero estado fisiológico del individuo. Pese a que la misma organización la definió posteriormente como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no como exclusivamente ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 1998: 10), esta conceptualización también fue objeto de críticas, principalmente por su carácter individual y por la imposibilidad de su realización plena, que según Dossey (1986) convertía a la mayoría de la población en enfermos permanentes (García, 2010: 19).

Fue en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) cuando se empezaron a incluir elementos de carácter social, tales como los económicos y ambientales, asumiendo que existía otro conjunto de factores cruciales para el estado de salud de los sujetos y de las poblaciones. De hecho, diversos autores señalan que el concepto de salud está construido socialmente, y por tanto la dimensión de salud está mediada por el contexto social y las conexiones que un sujeto establece con su entorno (Fernández, 2005). Ejemplo de ello son los estudios que evidencian la relación entre el contexto social con diversos indicadores de salud. La red social se considera un factor protector de primer orden, y el apoyo social se ha relacionado con una mejora del bienestar general, menor riesgo de problemáticas emocionales, y menores niveles de discapacidad fruto de enfermedades crónicas (OMS, 2003); mientras que el aislamiento se ha relacionado negativamente con el concepto subjetivo de bienestar (Grundy, y Slogget, 2003), siendo uno de los predictores de peor pronóstico en determinadas problemáticas. Además, el bienestar psicológico se ha relacionado en mayor medida con el apoyo social subjetivamente percibido (Vivaldi, y Barra, 2012).

Actualmente, hay consenso en la literatura sobre el hecho de que la salud y la enfermedad no pueden ser comprendidas exclusivamente desde un punto de vista individualista y/o reduccionista, precisando del estudio de las comunidades, redes sociales, lugares de trabajo, familias y trayectorias vitales (Lomas, 1998). Esta asunción estaría sugiriendo que el entorno y los agentes sociales que lo configuran podrían tener un papel potencial como agentes de cambio en la dimensión de salud. Pese a ello, los modelos de atención y prácticas profesionales predominantes priorizan la atención profesionalizada en detrimento de la social y/o comunitaria y los abordajes individuales en detrimento de los colectivos. Además, las actividades de cuidados no profesionalizados que desempeñan los integrantes del grupo social cercano (ej., familia, pareja, amigos/s) permanecen invisibilizadas y para llevarlas a cabo no siempre se dispone de los recursos y atención necesaria.

En resumen, este paradigma refleja la necesidad de revalorizar los cuidados desde el grupo social cercano, que a partir de ahora denominaremos con el término de entorno social, y generar herramientas de gestión colectiva de la salud-enfermedad que vayan más allá de la exclusividad de asistencia profesionalizada-individualizada.

El propósito de este trabajo es generar una reflexión acerca de los cuidados en salud mental, vinculando el estado de salud con los principales agentes sociales del cuidado. Partiendo de lo

expuesto, entendemos la salud mental de un sujeto y/o sociedad como un sistema dinámico que se retroalimenta de aquellos sistemas con los que convive (ej. socio-económico, familiar). Por ello nos centraremos, por un lado, en el sistema ocupado por los profesionales de salud mental, y, por otro, en el entorno social, que lo conforman todos aquellos individuos de referencia para la persona en lo relativo al cuidado.

Los objetivos específicos son, primero, examinar la centralización de los cuidados en salud mental, partiendo de la dicotomía establecida entre los cuidados profesionalizados o formales y los cuidados no profesionalizados o informales; y, segundo, proponer, a modo de reflexión, algunas consideraciones sobre cómo descentralizar los cuidados en salud mental y generar herramientas colectivas de gestión del sufrimiento psíquico.

CENTRALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN SALUD MENTAL

Los cuidados serían todas aquellas actividades que se realizan para el bienestar físico, psíquico y emocional, propio o ajeno, y que se extienden a todos los sistemas de interacción. A pesar de que proporcionar cuidados a las personas o grupos de nuestro entorno social cercano no implica *per se* una relación de jerarquía, ni unidireccionalidad, en la historia del cuidado se ha establecido una separación tajante de espacios, usos y reconocimiento social del cuidado.

Esto se ha puesto de manifiesto en diferentes campos, principalmente desde la perspectiva de género. El ámbito público, ocupado hegemónicamente por los varones, se ha destinado a proveer los cuidados instrumentales, como la producción de bienes y servicios. Estas actividades estaban sujetas a un reconocimiento social, y se realizaban a cambio de un salario. Por otro lado, el ámbito privado, ocupado tradicionalmente por las mujeres, se centraba en el cuidado emocional y doméstico de los integrantes del sistema familiar. A diferencia del cuidado instrumental, estos últimos no disfrutaban de un reconocimiento social ni reciben un salario. Algunos/as autores/as argumentan la extensión de la ideología que naturaliza el amor familiar y la capacidad de las mujeres para el cuidado para explicar este hecho (Esteban, 2006).

La división de estos aspectos del cuidado puede generalizarse a los modelos hegemónicos de atención en salud mental, permitiéndonos hacer una analogía entre los cuidados profesionalizados o formales y los cuidados no profesionalizados o informales.

En este sentido, los cuidados que se proveen desde el ámbito público o por los varones, podrían equipararse con los cuidados profesionalizados o formales. Estos incluirían a profesionales o especialistas que, en base a una formación, se encargan de aspectos relativos al cuidado, y las tareas que desempeñan están sujetas a una remuneración y estatus social. Algunos ejemplos que reflejan la profesionalización de ciertas áreas del cuidado se pueden observar en disciplinas como enfermería, psicología, medicina, cuidados paliativos o continuados, atención domiciliaria, etc. En base a lo anterior, esta área de los cuidados establece una jerarquía de tipo estructural y funcional entre el profesional que los dispone y el individuo que los recibe, cuyas prácticas profesionales estarían

además reguladas por los tratamientos o intervenciones basados en la evidencia. Esto último, también nos permite distinguir entre tratamiento o intervención y cuidados colectivos.

Pese a la profesionalización de determinadas áreas, es evidente que no es posible atender todos los aspectos relacionados con los cuidados, ni tampoco facilitar que todas las personas que lo necesitan dispongan de los recursos de asistencia. Es por ello que en el ámbito del cuidado se ha extendido lo que se conoce como los cuidados informales o no profesionalizados, los cuales, siguiendo la analogía que hemos planteado, se podrían asemejar a los cuidados del ámbito privado desempeñados fundamentalmente por las mujeres.

El cuidado informal se definiría como la prestación de cuidados a personas dependientes, normalmente por parte de la familia, pareja, amigos u otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen (Roca, et al., 2000). A diferencia de lo que sucede con los cuidados profesionalizados, los cuidados informales no están sujetos a una remuneración ni tampoco a un reconocimiento social. Además, los cuidadores principales son generalmente familiares-pareja, y mayoritariamente mujeres; reflejando, entre otras, la ideología que naturaliza el cuidado (Esteban, 2006).

Por otra parte, las situaciones que más requieren de cuidados informales están caracterizadas por circunstancias de dependencia, como ocurre con las demencias (Brodaty y Donkin, 2009), diversidad funcional, enfermedades denominadas “crónicas” como la esquizofrenia (Lasebikan, y Ayinde, 2013) y grupos sociales afectados por una mayor desigualdad social, en cuestiones de nivel socioeconómico, raza, género, etc. (Alliance, 2012).

A raíz de esto, los cuidados informales generan una serie de consecuencias para el que cuida y para el que es cuidado. Si bien atender a una persona significativa repercute positivamente, las consecuencias negativas son prevalentes y afectan a un amplio rango de sistemas que van desde el propio cuerpo (fisiológico-psicológico) a lo económico y laboral (Brodaty y Donkin, 2009; Roca et al., 2000). Desde el punto de vista psico-social destacan el descenso del contacto y el aislamiento, restringir el tiempo de ocio y aficiones (Brodaty y Donkin, 2009) y la sobrecarga. Esta última ha sido una de las dimensiones psicológicas que más atención ha recibido, por su relación con el estado de salud de los cuidadores principales (Breinbauer, Vásquez, Mayanz, Guerra y Millán, 2009; Ganapathy et al., 2015; Delalibera, Presa, Barbosa y Leal, 2015).

En consecuencia, esto ha desencadenado la necesidad de incorporar una serie de intervenciones o tratamientos profesionalizados (respiros, asociaciones de familiares, asistencia psicológica/psiquiátrica) para “los/las que cuidan”, denominados como pacientes secundarios invisibilizados (Brodaty y Donkin, 2009). Así, de nuevo, los cuidadores principales necesitan de los cuidados profesionalizados o formales para afrontar las consecuencias del cuidado informal.

DESCENTRALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN SALUD MENTAL

El área del cuidado no puede ser exclusiva del área profesional. La idea que planteamos a lo largo de este texto no pretende negar la necesidad de la asistencia profesional, ni tampoco su eficacia

en estados de salud determinados, pero sí, consideramos que centralizar los cuidados en salud mental y reducirlos al campo especializado obvia el hecho de que la persona habita un contexto social más amplio. Por lo tanto, y pese a que los recursos existentes sean adecuados de, *per se*, no son suficientes para garantizar la calidad de vida y /o unas condiciones de vida dignas. Además, las consecuencias de los cuidados informales plantean la necesidad de generar recursos de gestión colectiva, tanto para los cuidadores principales como para los afectados/as de manera directa.

La desigualdad entre los cuidados profesionalizados o formales y los cuidados informales plantea que, para descentralizar los cuidados en salud mental es preciso promover cambios, por lo menos, en dos colectivos principales. El primero lo ocuparía el área profesionalizada, es decir, aquellos que se dedican formalmente a la atención en salud mental (psicólogos, psiquiatras, etc.). El segundo estaría compuesto por el entorno social, al que previamente hemos hecho referencia como uno de los microsistemas con los que la persona interactúa de forma directa. Este trabajo se centrará en el segundo de ellos, pero queremos resaltar aquí la necesidad de que profesionales en salud mental nos hagamos cargo de nuestra responsabilidad en el campo de los cuidados, y aprovechemos para reflexionar sobre los modelos de atención y herramientas asistenciales que ofrecemos, así como de nuestros roles y actitudes (Erro, 2015). En este trabajo profundizaremos en el colectivo compuesto por el entorno social por varios motivos: primero, porque los vínculos y relaciones de intimidad que establecen los agentes del entorno social no pueden generarse con los profesionales de salud mental. Esto tiene que ver con la comprensión de un “yo cercano que está sufriendo”, en el sentido de que en el campo afectivo ambos cuidados no son comparables; segundo, porque no podemos negar la existencia de dificultades relacionadas con la salud mental a lo largo del ciclo vital, de modo que el apoyo desde un grupo de referencia es más una constante que un proceso transitorio, como puede ser la ayuda profesional; tercero, porque los miembros del entorno social cercano son los que suelen estar implicados en las actividades de cuidados informales. En este punto pretendemos extender, más allá de la familia directa, a los agentes involucrados en el cuidado, como puedan ser el grupo social y comunitario o el entorno laboral, lo que puede llevar también a incidir en cuestiones relevantes en salud mental como el aislamiento social, los problemas laborales y el estigma, entre otros problemas que exceden al sistema familiar (Eiroa-Orosa, 2015).

En definitiva, consideramos que extender los cuidados al entorno social podría, por un lado, repercutir satisfactoriamente en la calidad de los mismos, tanto para aquellos que los reciben como para quienes desempeñan el rol de cuidadores, como por otro, reducir la desigualdad establecida en los cuidados en salud mental. Sin embargo, consideramos que las posibles respuestas tienen que generarse desde y para el colectivo. Para ello, a continuación, planteamos unas reflexiones sobre cómo podemos revalorizar el papel del entorno social y, por último, presentaremos algunas propuestas aplicadas, concretamente expondremos por qué los espacios de diálogo, en particular, pueden constituirse como una de las herramientas colectivas útiles para la gestión del sufrimiento psíquico.

REVALORIZAR LOS CUIDADOS DEL ENTORNO SOCIAL CERCANO.

Algunas de las razones por las que se han profesionalizado los cuidados y se ha desvinculado al entorno tienen que ver con el desconocimiento y miedo en materias de salud mental, que han motivado que olvidemos que poseemos determinadas habilidades relevantes para apoyar a nuestro círculo más cercano. Por lo tanto, una de las propuestas que realizamos tiene que ver con re-apropiarnos de estas habilidades y potenciar estos recursos.

Partimos de que los cuidados profesionalizados se basan por un lado en el dominio de ciertas habilidades o experiencia que se adquieren por medio de una formación o especialidad, pero en lo relativo a salud mental, también sabemos que las competencias para ser un buen profesional parten de la puesta en práctica de ciertas habilidades “naturales”. Por naturales nos referimos a que todas las personas podemos o no tenerlas, y/o fortalecerlas, pero que no se adquieren en base a una formación. Algunas de estas competencias son, por ejemplo, el interés por el otro, la curiosidad por saber/conocer, la flexibilidad, la empatía y la capacidad de escucha. Del mismo modo que los profesionales pueden desarrollarlas, independientemente de la formación, el entorno de la persona también.

Con esto, no pretendemos que se psicologicen los cuidados, ni tampoco que tengamos que formarnos en determinadas áreas para cuidar, pero sí que “recordemos” qué habilidades tenemos como seres humanos que puedan ser de interés para cuidar de forma saludable a la persona que tenemos al lado. Para ello un primer paso, puede ser cuestionarnos quién no se ha sentido bien al ser escuchado por un amigo, o necesitado que su familia se ponga en su lugar, o quizás qué trabajador no ha sentido alivio cuando su compañero le decía, “tranquilo, yo también tuve ansiedad, si quieres puedo echarte una mano estos días con el trabajo”.

Este cuestionamiento sirve, en nuestra opinión, para re-apropiarnos de nuestro potencial para cuidarnos entre nosotros/as y también como un paso necesario para adentrarnos en el apoyo mutuo. Para ello, no es requisito ser un experto en salud mental, pero sí fomentar una puesta en común, es decir establecer diálogos para favorecer un apoyo saludable. Quizás no sabemos qué es lo que tenemos que hacer exactamente, pero ese tampoco es el objetivo ni nuestra función, sino más bien “estar”, formar parte del apoyo, escuchar las necesidades del otro y acompañar en las decisiones que la persona determine. Apoyo mutuo puede ser desde ayudar a planificar una actividad hasta ofrecer una mano a la que agarrarse después de un ingreso psiquiátrico.

ESPACIOS DE DIÁLOGO

La justificación de esta herramienta radica en que entendemos que no es lo mismo cuidar que cuidar de forma saludable. Cuidar de forma saludable implicaría tener en cuenta las necesidades y compromisos, en la medida de lo posible, de los dos agentes implicados, las personas que disponen de los cuidados y las personas que los reciben. Esto podría repercutir en el manejo de procesos psicológicos habituales como la sobrecarga del que “cuida” y la culpa e indefensión del que “es cuidado”, y también favorecer relaciones de inter-dependencia en lugar de dependencia-fusión.

Con fines expositivos, dividiremos los espacios de diálogo en tres formatos, en función de los miembros de interacción: uno, espacios de diálogos consigo mismo; dos, espacios de diálogos entre los agentes del cuidado; y, tres, espacios de diálogo comunes. Otros formatos de comunicación del entorno social pueden leerse en Erro (2016).

ESPACIOS DE DIÁLOGO CONSIGO MISMO

La idea de compartir diálogos radica en la tendencia más o menos habitual que tenemos, como personas preocupadas por el bienestar del otro, a cuidar guiados por vivencias emocionales, miedo y preocupación, o bien ofreciendo los cuidados que nos gustaría recibir a nosotros, como si se tratase de nuestro reflejo. Como es evidente, no todos somos iguales ni necesitamos la misma atención, por lo que es importante preguntarnos si lo que estamos ofreciendo es lo que la otra persona requiere para ser apoyado.

Para ello, tenemos que cuestionarnos si el tipo de apoyo que ofrecemos es sano para mí y para la persona que está a mi lado. Algunas preguntas que podrían ser de utilidad pueden verse en la Figura 1. La situación ideal sería poder compartir estos diálogos con el resto de agentes del cuidado, pero somos conscientes de la dificultad de hacerlo en determinadas situaciones (ej., demencias). No obstante, sí consideramos esencial el diálogo interno consigo mismo, pudiéndose materializarse o no posteriormente en espacios compartidos.

-
- *¿Cómo te sientes o has sentido apoyando de esta forma?*
-
- *¿Qué es lo que más te cuesta o te ha costado hacer?*
-
- *¿Qué crees que le ha aportado o le aporta este recurso de apoyo a la otra persona?*
-
- *¿Cómo crees que se sintió la otra persona?*
-
- *Si volviesses a poner en práctica este recurso, ¿cómo lo harías? ¿lo harías de la misma forma?, ¿cambiarías algo?*
-

Figura 1. Espacios de reflexión consigo mismo. Algunas preguntas de reflexión.

ESPACIOS DE DIÁLOGO ENTRE LOS AGENTES DEL CUIDADO

Son espacios de encuentro, entre los diferentes agentes, donde se explicitan las necesidades y compromisos de ambas partes en relación con las actividades del cuidado. Estas pueden ser tanto instrumentales (ej., hacer la compra) como emocionales (ej., acompañamiento). Por necesidades entendemos aquello que ambos agentes consideran importante para su propio bienestar, y por compromisos, aquello que pueden ofrecer. Esto implicaría la exposición de los límites personales y actividades de autocuidado para ambas partes. Un ejemplo podría ser: yo como cuidador/a puedo comprometerme a acompañarte en las situaciones difíciles manteniendo un contacto diario, bien vía telefónica, o en persona (*compromisos*), pero para poder hacerlo de forma saludable para mí necesitaría de ti que no apagasas el teléfono y me informes de cómo te encuentras una vez al día

(*necesidades*). Por otro lado, la persona que recibe los cuidados directamente podría necesitar únicamente que estés disponible por las noches (*necesidades*), pero prefiere informarte sobre su estado con un mensaje de texto, en lugar de con una llamada (*compromisos*).

Explicitar los compromisos y necesidades potencia, por un lado, un proceso de negociaciones y acuerdos, reduce los conflictos inter-personales asociados y facilita la comunicación entre los implicados. Además, las actividades del cuidado se establecen sobre la base de la autonomía y la toma de decisiones compartida, favoreciendo un apoyo saludable para ambos. Por otro lado, estos diálogos permiten conocer qué aspectos del cuidado no pueden cubrirse con los recursos existentes y buscar soluciones a cómo hacerlo.

ESPACIOS DE DIÁLOGO COMUNES

La otra idea que nos gustaría resaltar aquí es la de la participación y creación de Grupos de Ayuda Mutua (GAM). Estos son espacios de escucha activa donde las personas que los integran se reúnen y comparten experiencias comunes, con el objetivo de apoyarse los unos a los otros (Erro, 2016). La versatilidad es una de las características de los GAM y su aplicación puede extenderse a diferentes problemáticas, temáticas comunes, modos de funcionamiento y configuración. Los GAM tienen una serie de peculiaridades que los diferencia de otras propuestas grupales como los grupos terapéuticos, las asociaciones de afectados o familiares y/o grupos de apoyo guiados por profesionales de la salud. Un resumen de estas características se sintetiza en la Figura 2. Las tres últimas son exclusivas de los GAM, dado que el resto de propuestas suelen estar configuradas por una institución externa y/o en la presencia de un facilitador y/o terapeuta¹.

En el campo que nos ocupa, los GAM irían dirigidos en primer lugar a aquellos que reciben los cuidados en mayor medida, con el objetivo de compartir espacios y herramientas con otras personas en circunstancias similares, sin embargo, los miembros del entorno social también podrían beneficiarse de esta herramienta con la finalidad de apoyarse conjuntamente en lo relativo a las actividades de cuidado, y tener un soporte emocional para sí mismos.

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Espacios colectivos de escucha activa.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Actitud de respeto y no juiciosa entre sus miembros.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Autodeterminación del funcionamiento y gestión colectiva del GAM: el calendario de actividades, cronología, lugar, etc., lo determina el propio grupo.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bi-direccionalidad del apoyo mutuo: todos los integrantes dan y reciben apoyo del resto en una situación de igual a igual.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Horizontalidad: no estableciendo jerarquías de poder entre los miembros que lo componen.</i>

Figura 2. Características de los GAM.

¹ Los lectores interesados pueden encontrar más información sobre la creación de GAM en el [siguiente enlace](#).

DISCUSIÓN

El propósito general de este trabajo es reflexionar sobre la situación actual de los cuidados en salud mental, vinculando el estado de salud de las personas con los principales agentes sociales del cuidado.

Para ello, se ha puesto de manifiesto, primero, que los cuidados profesionalizados no pueden asumir todos los aspectos del cuidar, como la continuidad, afectividad, contacto social, entre otros; segundo, que el modo en que se materializan las actividades de cuidados informales plantean situaciones de desigualdad en materia de dependencia, cronicidad, género, nivel socioeconómico, entre otras; y, tercero, que la responsabilidad directa que recae sobre los cuidadores principales tiene una serie de consecuencias negativas, que repercuten en el estado de bienestar de ambas partes y requieren de cuidados profesionalizados para ser atendidos. Además, ambos tipos de cuidados se establecen sobre una base jerárquica y unidireccional, perpetuando el modelo médico de enfermedad, que no es el único existente.

Todo ello, resalta lo insuficiente que resulta la centralización de los cuidados en materia de salud y la escasez de herramientas colectivas de las que disponemos, lo que expone, a su vez, la necesidad de efectuar cambios en las actividades de cuidados desde un punto de vista estructural y funcional.

Por otra parte, este artículo pretendía proponer algunas consideraciones acerca de cómo descentralizar los cuidados en salud mental. Para ello, creemos necesario extender el concepto de cuidado más allá de los estados de enfermedad o dificultades de salud. Si hablamos de una dimensión o continuo, el cuidado no puede ser exclusivo de dificultades en salud mental, sino que deviene un componente que acompaña la vida afectiva del sujeto o sociedad en su totalidad. De este modo, el “hecho de cuidar” no supondría una ruptura en la psicobiografía de los “que cuidan” y los que “son cuidados”, ni tampoco se establecería, de hecho, tal división, dado que los cuidados se establecerán bajo la premisa de la bi-direccionalidad y horizontalidad donde todos somos agentes y sujetos de cuidado. Siguiendo a Orozco (2006:14) hablar de cuidados es hablar de una necesidad diaria de todas las personas, aunque en diferentes grados y dimensiones, y por tanto una actividad que nos es propia como sujetos envueltos en un contexto social.

A lo largo de la exposición también se ha argumentado que el paradigma actual de los cuidados deja patente la necesidad de generar herramientas colectivas de gestión del sufrimiento psíquico; específicamente, nos hemos centrado en el papel de los espacios de diálogo. Una de las ventajas es la posibilidad de generalización a otros agentes y contextos, no siendo exclusiva del campo de la salud. Generalizar los espacios de diálogo como recurso colectivo permitiría que las redes y negociaciones que se toman en los espacios de diálogo de un contexto específico se entrelacen con las de otro, y configurar una red de relaciones más extensa. De este modo, su utilidad va más allá de los beneficios directos que se deriven de su aplicación en un colectivo o contexto concreto.

En nuestro campo, generar espacios de diálogo entre redes de profesionales y personas afectadas de manera directa podría ser particularmente necesario. Sin embargo, es preciso que estos se caractericen por ser espacios neutrales, donde las voces de cada uno de los integrantes tengan un papel equivalente (*horizontalidad*) y se utilice un lenguaje común que permita que se exterioricen las necesidades y dificultades de cada uno. Además, en este caso, los privilegios que tenemos los profesionales (como tales) se quedarían “fuera de la consulta”, con el objetivo de crear diálogos compartidos que fomenten una atención más comprensiva y que tenga en cuenta las necesidades y demandas de colectivos que habitualmente no son escuchadas.

El presente trabajo cuenta con una limitación fundamental. Si bien hemos intentado solventarla partiendo de la recopilación de experiencias y debates de varios de los colectivos presentados, el resultado es fruto de la mirada individual de una profesional de salud mental. En futuros trabajos es preciso facilitar espacios de reflexión académicos que permitan plasmar directamente todas las “voces” mencionadas en este trabajo, y, además, incluir metodologías colaborativas como los grupos focales, que fomenten la participación de agentes implicados en los cuidados profesionalizados/ no profesionalizados, personas directamente afectadas y agentes que formen parte del entorno social.

Cuestionar los cuidados hegemónicos en salud mental es necesario para revalorizar el papel del entorno social, y favorecer recursos de gestión colectiva del sufrimiento, aunque quizá, lo primero sea empezar a cuidarnos entre nosotros/as.

BIBLIOGRAFÍA

- ACTIVAMENT CATALUNYA ASSOCIACIÓ. “Grupos de Ayuda Mutua. Documento Guía para la Constitución y Gestión de Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental”. *www.activament.org* (2014).
- ALLIANCE, FAMILY CAREGIVER. “Fact sheet: Selected caregiver statistics”. *San Francisco, CA* (2012).
- BREINBAUER, Hayo et al. “Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada”. *Revista médica de Chile* 137.5 (2009): 657-665.
- DELALIBERA, Mayra et al. “Burden of caregiving and its repercussions on caregivers of end-of-life patients: a systematic review of the literature”. *Ciência & Saúde Coletiva* 20.9 (2015): 2731-2747.
- DOSSEY, Larry (1986). *Tiempo, espacio y medicina*. Barcelona: Kairós.
- EIROA-OROSA Francisco José. “Activismo en salud mental y bienestar”. *Rehabilitación Psicosocial*, 12 (2015): 32-35.
- ESTEBAN, Mari Luz. “El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista”. *Salud colectiva* 2.1 (2006): 9-20.
- ERRO, Javier (2015) (8 de octubre de 2015). *Terapeutas egocéntricos, pacientes ausentes. Apuntes sobre relaciones terapéuticas*.
- ERRO, Javier (2016). *Saldremos de esta. Guía de salud mental para el entorno de la persona en crisis*. Granada: Biblioteca Social Hnos. Quero.
- FERNÁNDEZ PEÑA, Roser. “Redes sociales, apoyo social y salud”. *Perifèria: revista de recerca i formació en antropologia* 3 (2005): 48-63.
- GANAPATHY, Vaidyanathan, et al. “Caregiver burden, productivity loss, and indirect costs associated with caring for patients with poststroke spasticity”. *Clinical Interventions in Aging* 10 (2015): 1793.
- GRUNDY, Emily y SLOGGETT, Andy. “Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances”. *Social Science & Medicine* 56.5 (2003): 935-947.
- LASEBIKAN, Victor Olufolahan y OLATUNDE OLAYINKA, Ayinde. “Family burden in caregivers of schizophrenia patients: Prevalence and socio-demographic correlates”. *Indian Journal of Psychological Medicine* 35.1 (2013): 60.
- LOMAS, Jonathan. “Social capital and health: implications for public health and epidemiology”. *Social Science & Medicine* 47.9 (1998): 1181-1188.

OROZCO, Amaia Pérez. “Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico”. *Revista de Economía Crítica*, 5 (2006): 7-37.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1986). “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”. Organización Mundial de la Salud (ed) *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. Copenhagen: OMS.

ROGER, M. Roca et al. “Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares”. *Atención Primaria* 26.4 (2000): 217-223.

VIVALDI, Flavia y BARRA, Enrique. “Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores”. *Terapia psicológica* 30.2 (2012): 23-29.