

A faint, light blue network diagram is visible in the background, consisting of numerous interconnected nodes and lines, creating a web-like structure. The main title 'REDES' is rendered in large, white, bold capital letters. Each letter is filled with a complex, white, geometric pattern of intersecting lines, giving it a textured, crystalline appearance. The title is set against a solid dark blue background.

REDES

Documento de Proyecto

Antropología Aplicada
Grado Antropología Social y Cultural

Alba Carrero Smith
Cristina Muñoz Bonilla
Luis Antonio Pujol García

Introducción	2
1. La necesidad del proyecto	3
1. Entre lo psicológico y lo social	4
1.a. Breve historia de la mirada sociológica en psiquiatría	4
1.b. ¿Qué podemos extraer de esta historia?	6
2. La problemática	7
2.a. Descripción	7
2.b. Actores	9
3. Metodologías de la investigación	11
3.1. Metodologías prácticas	12
a. Observación Participante	12
b. Entrevistas Narrativas	12
5.1 Formaciones al personal sanitario y técnico	19
5.2 Estudio participativo de las necesidades de las personas internadas	20
5.3 Reforma del entorno institucional y del espacio social	20
5.4 Programas y proyectos de socialización	21
5.5 Proyectos de concienciación y desestigmatización	21
5.6 Incorporación de figuras puente y mediadoras	22
Protección de datos y confidencialidad	23
Consentimiento informado: un proceso continuo	23
Manejo de situaciones de riesgo y vulnerabilidad	24
Reconocimiento de la dignidad y la agencia de los/as participantes	25
Reflexividad ética constante	25

Introducción

En el sistema de salud mental en España, los dispositivos institucionales continúan organizándose mayoritariamente en torno a un modelo biomédico, centrado en la prescripción farmacológica, el diagnóstico y la intervención clínica individual. Este enfoque ha contribuido a importantes avances en la atención, pero también presenta limitaciones cuando se trata de atender los malestares ligados a condiciones sociales, laborales y comunitarias.

En muchos de los contextos, las personas usuarias se relacionan con la institución de forma pasiva, con escasa participación en la toma de decisiones sobre sus propios procesos, lo que puede dificultar su autonomía y la construcción de relaciones terapéuticas de confianza.

Si bien existen marcos normativos que promueven una atención comunitaria y centrada en la persona –como la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de salud o la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad– su aplicación efectiva necesita condiciones organizativas, formativas y políticas que no siempre están disponibles. Esto va a afectar tanto a las personas usuarias como al propio personal sanitario, que a menudo trabaja bajo presión, con recursos limitados y en entornos que dificultan el desarrollo de modelos de atención más relacionales y horizontales.

Este proyecto parte de la idea de que repensar la atención en salud mental no implica señalar culpables, sino abrir un espacio para la reflexión compartida entre profesionales, usuarios, familiares y responsables institucionales. Desde una perspectiva antropológica, se propone analizar cómo se organizan las relaciones dentro de los dispositivos de atención, qué tensiones aparecen entre los distintos enfoques de intervención, y qué posibilidades existen para impulsar modelos más participativos, que reconozcan el valor de la experiencia vivida y la diversidad de saberes implicados en el proceso de cuidado.

El objetivo no es oponer el modelo biomédico a otros enfoques, sino poner en diálogo distintas formas de entender y acompañar el malestar psíquico, incorporando la perspectiva de quienes trabajan en el sistema y de quienes lo atraviesan como pacientes o familiares de los mismos.

En este sentido, se reconoce el papel central del personal sanitario como actor clave en cualquier proceso de transformación, y se propone una mirada que sume en lugar de restar, que

busque alianzas en lugar de confrontaciones, y que contribuya a fortalecer un sistema más atento a las condiciones concretas de quienes lo sostienen y lo necesitan.

1. La necesidad del proyecto

En el marco del sistema de salud mental en España, los entornos o espacios destinados al tratamiento de trastornos o enfermedades psiquiátricas siguen manteniendo una organización mayoritariamente bajo una lógica biomédica, jerárquica y asistencialista.

Esta configuración institucional causa efectos específicos sobre las personas usuarias, de los cuales destaca lo que entendemos por alienación, una desposesión subjetiva y política en la que los/las pacientes apenas tienen voz, agencia e incluso legitimidad sobre su propia experiencia personal. La estructura de los espacios los cuales habitan, suele situarlos como objetos de intervención más que como sujetos de derecho, lo que se puede traducir en dinámicas de infantilización, medicalización –a veces como la herramienta principal de intervención–, desvinculación con lo que se considera el entorno comunitario y escasa participación o influencia en las decisiones que les afectan.

A pesar del marco normativo que parece promover una atención en salud mental más comunitaria y centrada en la persona –como recogen tanto las Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹– la aplicación efectiva sigue siendo bastante limitada. Lo cierto, es que persisten barreras institucionales, culturales y epistemológicas que terminan reforzando dinámicas orientadas en la verticalidad, medicalización y exclusión dentro de los dispositivos psiquiátricos, causando esa alienación sobre las personas que lo habitan y que se mencionaba anteriormente.

Entre los factores que sostienen esta situación, se pueden señalar la ausencia de vínculos horizontales dentro de los centros, donde las relaciones entre profesionales y pacientes es desigual. Por otro lado, el escaso conocimiento que tiene la población general sobre la salud mental, lo que perpetúa todo tipo de falsas creencias y estigmas. Además, la falta de una mirada social en los procesos de diagnóstico y tratamiento, que tienden a individualizar el

¹ Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

malestar sin tener apenas presente factores estructurales como la precariedad, el aislamiento, la exclusión y la violencia.

Por todo lo anterior, se considera como necesidad urgente el hecho de repensar los centros o espacios psiquiátricos desde lo que entendemos por marcos más plurales, los cuales lleguen a reconocer la complejidad de las experiencias de las personas, cuestionen las jerarquías tradicionales y que además promuevan modelos de atención donde los cuidados no sean una técnica ejercida de forma unidireccional, sino como una práctica compartida y situada.

1. Entre lo psicológico y lo social

Este proyecto pues, queda vertebrado por la necesidad (y reivindicación desde REDES) de constatar la realidad social en los procesos sanitarios. Vemos tanto en las propias bases sociales de la antropología como el origen social de las demandas de los actores afectados una perspectiva en la que asentar un proyecto que logre acercar la dimensión de los pacientes al sistema sanitario sin perder su necesaria autonomía.

Por este motivo, el proyecto es fundamentalmente un amplificador de la voz de pacientes de los centros con la mirada antropológica que ayude a situar las cuestiones de sus necesidades en un marco social y comunitario que de base establece un compromiso por obtener un proyecto social e integrador en los espacios de salud. Parece necesario pues, hacer un estudio de la historia de la psiquiatría y su relación con la realidad social que pedía un cambio.

1.a. Breve historia de la mirada sociológica en psiquiatría

Cuando tornamos la mirada a la historia de la psiquiatría, vemos importantes movimientos en demandando una reforma al modelo psiquiátrico desde posiciones de carácter social como críticos epistemológicos, estructurales contra los manicomios e incluso contra la estigmatización implícita en el modelo médico como puede ser el Orgullo Loco. Con una densa historia de choques entre estos sectores y el modelo médico, nos parece pertinente sacar a la luz los momentos históricos de los que aprender otras formas de construir espacios de cuidado y atención médica. Después, veremos que ideas y aproximaciones podemos extraer de estos casos.

En la historia de la intervención de la psiquiatría destaca el movimiento antipsiquiátrico. En este caso cogemos los trabajos pragmáticos de psiquiatras como Laing o Cooper que trabajaron dentro del sistema médico para ofrecer una opción a la situación de su época. Para ellos, el eje fundamental para trabajar no solo a nivel teórico sino también en los proyectos con gente esquizofrénica fue la necesidad e influencia de lo social en el sujeto. Una figura fundamental en los estudios de la época por parte de esta rama del psicoanálisis pues giran su mirada al sujeto esquizofrénico y su interrelación con su realidad social.

Así, escuchar sus experiencias personales se volverá un punto clave a través de todos los autores que empiezan a ver estas enfermedades mentales como procesos de respuesta a un entorno de carácter abusivo y opresor y socio históricamente determinado de las personas, destacando el “Diario de una esquizofrénica” de la doctora Sechehaye, publicado en 1947, que comenzó este germen crítico de reposiciones el diagnóstico desde el paciente. Por ello que también se empezaran a contemplar las ideas de las comunidades terapéuticas que comienzan a adaptarse de distintas maneras desde el trabajo de Maxwell Jones.

Pero el movimiento también tuvo otras maneras de hacerse conocer y expandir sus ideas en el ambiente social, en 1967 David Cooper y R. D. Laing organizaron el Congreso de las Dialécticas de la Liberación, donde colaboraron grandes intelectuales como Marcuse y Bateson y aunque se exploró a lo largo de su desarrollo diferentes modelos de opresión que se desarrollaban en la intersección de la realidad material con los sistemas de control social modernos, gran parte del Congreso se centró en la realidad de los centros psiquiátricos y su relación general con el panorama político.

El movimiento antipsiquiátrico como tal no se formaliza hasta la publicación de “Psiquiatría y antipsiquiatría” en 1967, donde Cooper relata las experiencias con El Pabellón 21 (1962 - 1966) conformado por jóvenes esquizofrénicos y casi calcada a las experiencias de Maxwell Jones, una labor que a pesar de durar 4 años como experimento logró grandes resultados no solo en la capacidad de colaboración de los sujetos dentro del mismo si no también en el índice de curación o bienestar general de los participantes.

El gran proyecto de Laing (a pesar de muchas otra acciones de carácter político y psiquiátrico en su trayectoria) fue la experiencia en Kingsley Hall subvencionada por la Asociación de Filadelfia (constituida por Laing, Cooper y Esterson) funcionando de 1965 a 1970 y aunque

tuvo choques con los residentes del vecindario fue una experiencia importante porque los médicos y enfermos convivían de forma indiscriminada y con total libertad dentro de la comunidad (Salvat, 1995). Una suerte de comunidad hippie donde no se seguían órdenes o rutinas.

En esta comunidad destacó Mary Barnes, futura artista que gracias al trabajo del psiquiatra Joseph Berke que trabaja en Kingsley Hall pudo tanto retomar la pintura como publicar en 1971 un libro sobre su experiencia de recuperación en la comunidad psiquiátrica.

Este movimiento comenzó a cuestionar los métodos de la psiquiatría y, con ello, las dos primeras ediciones del DSM. Propiciando una en este sistema, suponiendo un cambio radical en los métodos y las prácticas que todavía hoy se siguen refinando para ofrecer la mejor atención posible en el entorno psiquiátrico.

1.b. ¿Qué podemos extraer de esta historia?

Una vez vistos estos casos, nos podemos hacer a una idea como se respondieron en épocas específicas a las necesidades sociales de los pacientes y la población, dibujando un escenario de posibilidades de intervención que dejamos en el horizonte teórico de nuestro proyecto para contrastarlo con las necesidades y visiones que los pacientes nos dilucidarán de sus experiencias en los centros. Permitiendo así trabajar íntegramente con y para los pacientes pero permitiéndonos una visión más periférica con la labor social que pueda apuntar a realidades incluso difíciles de prescribir por parte de los pacientes.

En general, en todos los casos traídos a colación se reitera nuestro objetivo de establecer una horizontalidad entre los expertos médicos y el paciente; considerando en entorno físico y social que construyen y les afecta. Pero con lo visto en la historia de la psiquiatría podemos ver que no solo es un proyecto sino que llegó a realizarse y lograr resultados tanto para los pacientes, mejorando su situación tanto personal como comunitaria y permitiendo a los expertos acercarse a los pacientes como seres humanos.

La horizontalidad en los espacios psiquiátricos no sólo se pueden presentar como formas alternativas de tratamiento, sino como procesos de atención más humanizada que permita

espacios de descanso entre el médico y el paciente para establecer la necesaria relación entre una persona y el responsable de su salud. Con esto, vemos que el foco está más en la idea de la construcción de una comunidad terapéutica que evite jerarquizaciones entre los participantes o procesos de alienación de estos cuando entran dentro del sistema psiquiátrico. Así, jugamos con la idea de la comunidad como el factor fundamental de interrelación entre todos los miembros del fenómeno para poder incluir en un círculo de cuidados tanto los centros como la familia.

Pero además, también se nos abre la posibilidad de contemplar la vida social en la comunidad del barrio, vecindario o ciudad que permita la integración de los pacientes. Rompiendo con la clásica figura de los centros como espacios propios de alienación que cercenan a las personas de entornos sociales que deberían formar una parte activa en nuestra intención de focalizar la atención en la percepción y preocupaciones de los pacientes de los centros psiquiátricos.

2. La problemática

2.a. Descripción

El sistema de salud mental contemporáneo enfrenta una contradicción fundamental, y es que, mientras se reconoce teóricamente la importancia de una atención integral y humanizada, en la práctica predomina un modelo biomédico reduccionista, centrado en la medicalización, el control institucional y la jerarquía profesional-paciente. Esta tensión genera dinámicas de exclusión, alienación y violencia estructural que afectan directamente a las personas usuarias de los servicios psiquiátricos.

El paradigma dominante en salud mental prioriza la estabilización sintomática a través de intervenciones farmacológicas y protocolos clínicos estandarizados, relegando a un segundo plano las dimensiones sociales, emocionales y comunitarias del sufrimiento psíquico. Este enfoque tiende a patologizar experiencias humanas diversas, transformándolas en categorías diagnósticas que justifican tratamientos muchas veces coercitivos.

Sin embargo, como demuestran movimientos históricos como la antipsiquiatría (Laing, Cooper), la reforma italiana de Basaglia o el activismo del *Orgullo Loco*, este modelo ha sido cuestionado por su incapacidad para abordar las raíces sociales del malestar. La crítica no

solo apunta a la excesiva medicalización, sino también a la estructura asimétrica de poder que convierte a los pacientes en objetos de intervención en lugar de sujetos de derechos.

Uno de los problemas centrales, como hemos mencionado, es la infantilización y desempoderamiento de las personas en tratamiento psiquiátrico. Los pacientes son frecuentemente tratados como receptores pasivos de cuidados, sin capacidad real para incidir en las decisiones sobre sus propios cuerpos y trayectorias vitales. Esta dinámica se refleja en numerosos ejemplos. Entre ellos las prácticas institucionales verticales, donde las decisiones clínicas son tomadas sin consultar al paciente, a menudo a través del uso de medidas coercitivas (internamientos involuntarios, sujeciones químicas o físicas); la estigmatización social, donde la identidad de las personas queda reducida a su diagnóstico, perpetuando estereotipos que dificultan su inclusión social y laboral; o la falta de alternativas terapéuticas, donde el acceso a intervenciones no farmacológicas (terapias comunitarias, acompañamiento psicosocial) es limitado, especialmente en contextos de precariedad económica.

Los centros de salud mental operan bajo una lógica ambivalente: por un lado, buscan proporcionar tratamiento y apoyo, pero por otro, funcionan como dispositivos de control social. Esta dualidad se manifiesta en casos como la priorización del riesgo sobre el bienestar, justificando restricciones de libertad en aras de la "seguridad", incluso cuando existen alternativas menos invasivas; o la sobrecarga de profesionales la escasez de recursos y la presión institucional, que limitan la capacidad de los equipos para implementar modelos más humanizados.

Frente a esta problemática, surge la urgencia de repensar la salud mental desde un enfoque social, participativo y comunitario, que recupere la horizontalidad en la relación médico-paciente, que desarrolle modelos de atención basados en derechos humanos, reduciendo el uso de prácticas coercitivas, que incorpore a familias y comunidades como agentes activos en los procesos de recuperación y que genere políticas públicas que prioricen la prevención y la inclusión sobre el aislamiento institucional.

El desafío no es solo mejorar los servicios de salud mental, sino transformar las estructuras que perpetúan la exclusión. Esto implica cuestionar tanto las bases epistemológicas de la psiquiatría tradicional como las condiciones materiales que sostienen su modelo actual, integrando las voces de los pacientes, los profesionales críticos y los movimientos sociales.

Con el objetivo principal de construir un sistema que no solo trate síntomas, sino que acompañe vidas dignas.

2.b. Actores

Pacientes:

Los pacientes son el eje central del sistema de salud mental y, paradójicamente, quienes menos poder poseen dentro de él. Estos son tratados frecuentemente como receptores pasivos de cuidados, sin poder real para influir en las decisiones que afectan su cuerpo, bienestar y vida cotidiana. A pesar de a menudo sufrir formas de infantilización, estigmatización y exclusión, lejos de ser víctimas silenciosas, muchos pacientes han desarrollado formas de resistencia y agencia, reivindicando espacios donde puedan ser escuchados, reconocidos y participando activamente en su propio proceso de cuidado.

En relación con el discurso predominante en este grupo, encontramos la reivindicación de voz propia: “no somos solo diagnósticos ni síntomas”; la denuncia de la infantilización, medicalización excesiva y exclusión; y la necesidad de reconocimiento como sujetos con derechos y agencia. Por otro lado, demandan participación activa en su proceso de cuidado y decisiones clínicas; modelos de atención más humanizados, comunitarios y horizontales; acceso a alternativas terapéuticas no solo farmacológicas; y fin del estigma y la violencia institucional.

Familiares:

Los familiares desempeñan un rol ambivalente. Por un lado, son una red fundamental de apoyo emocional, económico y práctico para muchas personas en tratamiento, pero por otro, también pueden ser afectados por la falta de acompañamiento e información por parte de los centros. Su experiencia suele estar marcada por el desgaste, la incertidumbre y, en muchos casos, el estigma. Incorporar a las familias en el proceso terapéutico desde una perspectiva participativa y no culpabilizante puede ser una vía clave para lograr un entorno más comunitario y solidario de atención.

Su discurso predominante gira en torno a la ambivalencia entre el apoyo y el agotamiento; el sentimiento de desinformación e invisibilización en los procesos terapéuticos; y la angustia frente a recaídas, falta de continuidad y recursos. En cuanto a las demandas, incluiríamos el

ser incluidos como parte del proceso terapéutico sin ser culpabilizados; el acompañamiento psicológico y formación para cuidar sin dañar; mejores canales de comunicación con los equipos profesionales; y apoyo comunitario y alivio a la sobrecarga del cuidado.

Asociaciones de pacientes:

Las asociaciones de personas con experiencia en salud mental han sido fundamentales para la defensa de derechos, la visibilización de los abusos institucionales y la construcción de modelos alternativos de atención. Desde el activismo del Orgullo Loco hasta redes de apoyo mutuo, estas asociaciones representan una voz colectiva que reclama reconocimiento, autonomía y transformación. A menudo actúan de puente entre los pacientes y las instituciones, además de agentes de formación, sensibilización y producción de conocimiento desde la experiencia vivida.

Dentro de su discurso, predomina la crítica radical al sistema biomédico y sus violencias; la defensa del conocimiento situado y la experiencia vivida; y la abogacía por derechos humanos y marcos no coercitivos. A su vez, piden el reconocimiento del saber experiencial como válido; el cierre de instituciones totalizantes y apuesta por redes comunitarias; la participación real en políticas públicas y servicios; y la transformación cultural del estigma hacia la diferencia psíquica.

Centros de salud mental:

Estos espacios son actualmente los dispositivos clave en la gestión del sufrimiento psíquico. Su estructura responde en gran medida a una lógica biomédica que prioriza la intervención farmacológica, la vigilancia y la contención. No obstante, en algunos contextos se están desarrollando intentos de cambio, como unidades de rehabilitación psicosocial o programas comunitarios. Estos centros pueden transformarse en espacios de cuidado más horizontales si se acompañan de políticas inclusivas, formación ética y participación real de los usuarios.

Su principal retórica gira en torno a la gestión del riesgo y la eficiencia clínica; la justificación de prácticas jerárquicas por seguridad o falta de recursos y las dificultades para incorporar innovación debido a restricciones estructurales. A consecuencia, demandan más recursos económicos y humanos, formación y protocolos claros para nuevas formas de atención y estabilidad institucional para implementar cambios sin sobrecarga.

Profesionales de la salud mental:

Psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, entre otros, conforman un colectivo clave que no solo ejecuta las prácticas del sistema, sino que también puede ser motor de cambio. Aunque muchos profesionales reproducen sin cuestionar el modelo hegemónico, también existen sectores críticos que abogan por un enfoque más humanizado, social y comunitario. Por ello, sería conveniente invertir en su formación continua, fomentar la ética del cuidado y abrir espacios de reflexión colectiva para potenciar su rol como aliados en la transformación del sistema.

Este grupo va a hablar en defensa del modelo biomédico: se prioriza la estabilidad sintomática mediante farmacología; de una responsabilidad técnica, alegando que la atención es una tarea profesional que debe ser dirigida por expertos; y del riesgo y el control, enfatizando la necesidad de proteger al paciente (y a la sociedad) mediante medidas de contención.

Demandan entonces más recursos humanos y materiales, formación continua en salud mental y manejo de crisis, reconocimiento institucional y mejoras en condiciones laborales y mayor tiempo y espacio para enfoques integrales y menos medicalizados (en sectores críticos).

3. Metodologías de la investigación

En este proyecto se pretende emplear diversas metodologías cualitativas complementarias con el objetivo de obtener una comprensión más detallada y holística de las experiencias de los y las pacientes en los espacios psiquiátricos, así como de las dinámicas de alienación y exclusión que se producen en estos espacios.

Por ello, hemos establecido tres aproximaciones metodológicas al fenómeno para englobar la envergadura del trabajo, a saber, aproximaciones *prácticas* (entrevistas narrativas, grupos focales y la observación participante), *teóricas* (nosografía del conocimiento científico, demografía del fenómeno y una perspectiva sistemáticas) y *operacionales* en tanto que nos focalizamos en las ideas del trabajo hacia un dictamen antropológico a favor del paciente.

Todas estas metodologías elegidas, permitirán: 1) analizar las experiencias de los y las pacientes desde distintas perspectivas, 2) mapear el fenómeno demográfica y

nosológicamente) y 3) proyectar una transformación de las prácticas y políticas institucionales.

3.1. Metodologías prácticas

a. Observación Participante

La observación participante es una metodología etnográfica que implica la inmersión de los investigadores/as en el entorno que se estudia, participando así de forma activa en las actividades diarias y observando las interacciones sociales. En este contexto de los centros o espacios psiquiátricos, esta metodología nos permite obtener una visión directa de las dinámicas de poder, las relaciones profesionales-pacientes y cómo las políticas institucionales afectan la experiencia de los/las pacientes.

A través de la observación participante, se pretende analizar cómo las jerarquías y las relaciones de poder se manifiestan en el interior de los espacios psiquiátricos, y cómo estas afectan la percepción de los pacientes sobre su propia agencia. Este enfoque nos ayudará a identificar prácticas que pueden contribuir a la alienación, así como momentos clave en los que los y las pacientes son excluidos de las decisiones que afectan su salud. El equipo de investigación se integrará en el entorno psiquiátrico, participando en actividades cotidianas (como reuniones de equipo, terapias grupales, actividades recreativas) y observando las interacciones entre los/las pacientes, los profesionales de la salud y otros actores clave. El objetivo de la observación, se podrá identificar cómo los profesionales y pacientes interactúan, cómo se gestionan las relaciones de poder y cómo esto impacta en el bienestar de los y las pacientes.

La observación participante lo que nos va a permitir es obtener datos sobre las dinámicas reales dentro de los centros o espacios psiquiátricos, dándonos una perspectiva concreta sobre cómo se reproduce la alienación.

b. Entrevistas Narrativas

Las entrevistas narrativas son una metodología cualitativa que ofrece al participante la oportunidad de relatar su experiencia de manera detallada y sobre todo libre, ya que se centran en sus vivencias personales. Este enfoque consideramos que es especialmente útil en contextos de salud mental, donde la subjetividad de la experiencia del paciente es crucial para

entender los procesos de alienación y exclusión que experimentan dentro de los espacios psiquiátricos.

Lo que se busca con las entrevistas narrativas es captar la historia de vida de los pacientes en el sistema de salud mental. Los participantes tendrán la oportunidad de narrar su experiencia, desde su primer contacto con los servicios psiquiátricos hasta el día presente, identificando momentos clave, intervenciones significativas y los efectos de la atención recibida sobre su bienestar personal. Además, consideramos que con este tipo de entrevista podremos conocer cómo los pacientes experimentan las dinámicas de poder y medicalización y cómo estas afectan su sentido de agencia y su relación con el entorno.

Durante las entrevistas, se pretenderá el hecho de proporcionar un espacio seguro y confidencial para que los y las pacientes compartan su historia sin interrupciones o juicios. La entrevista se desarrollará de manera abierta y flexible, permitiendo que el o la paciente se exprese de forma libre, mientras el investigador/a irá guiando la conversación para identificar aspectos claves de la experiencia del paciente, como el proceso de diagnóstico, hospitalización y tratamiento.

c. Grupos Focales

Los grupos focales son una metodología participativa que permite a un grupo de personas discutir de manera colaborativa sobre un tema en específico. En este caso, se organizarán grupos con pacientes, familiares, profesionales de salud mental y otros actores relevantes, con el objetivo de explorar colectivamente las dinámicas institucionales y las posibles soluciones para mitigar la alienación.

El principal objetivo de los grupos focales es generar un espacio donde los participantes puedan compartir sus opiniones y experiencias sobre el sistema psiquiátrico, y discutir de manera colectiva las formas en que se podría mejorar la atención centrada en la persona y fomentar un ambiente más inclusivo. A través de la interacción grupal, se busca identificar áreas de consenso sobre cómo se puede transformar las relaciones de poder y mejorar la participación activa de los pacientes en su propio cuidado.

Las sesiones de los grupos focales estarán estructuradas de forma que sean flexibles, es decir, un moderador guiará las discusiones, haciendo preguntas abiertas que inviten a los participantes a compartir sus experiencias. Se pretenderá fomentar un ambiente de respeto y colaboración para que todos/as las participantes puedan expresar sus puntos de vista de forma

libre y sincera. Los grupos serán de tamaño moderado (entre 6 y 10 personas) para poder tener una discusión detallada y significativa.

Al fin y al cabo, los grupos focales lo que ofrecen es una plataforma en la que es posible compartir experiencias de manera colectiva, lo que permite identificar patrones comunes y soluciones colaborativas que pueden ser implementadas a nivel institucional. Además, esta técnica metodológica también nos permite entender las perspectivas de los distintos actores implicados, brindando una visión más completa del fenómeno de alienación y las posibles estrategias para abordarlo.

3.2. Metodologías teóricas

Dentro de nuestra metodología de carácter teórico, incluiríamos en primera instancia una demografía de los centros en cuestión. Añadiendo la localización geográfica de cada centro (urbano, rural, periférico), el tamaño de este (número de camas, población atendida), nivel de complejidad (primario, secundario, terciario), perfil institucional (público, privado, universitario, comunitario), recursos disponibles (personal, tecnología, especialidades) y vinculación con redes de atención y programas de salud pública.

Esto nos permitiría contextualizar las diferencias en las prácticas médicas, las capacidades diagnósticas y los recursos que influyen en la generación y transmisión del conocimiento médico. Facilitaría además el análisis comparativo entre centros para identificar patrones y desigualdades en la práctica clínica y contribuiría a entender cómo las condiciones locales estarían condicionando la organización del poder médico.

Por otro lado, sería conveniente llevar a cabo una nosografía del conocimiento médico. Esta incluiría la clasificación de los saberes médicos según categorías nosológicas (enfermedades, síntomas, síndromes) y un mapeo del conocimiento en relación con patologías de alta, media o baja prevalencia. También realizaríamos un análisis del lenguaje médico utilizado para describir y categorizar enfermedades (ICD, SNOMED, terminología local) y tendríamos en consideración cómo se producen, circulan y estabilizan ciertos conceptos clínicos dentro de las redes.

Gracias a esto, podríamos identificar cómo se construye y se organiza el conocimiento médico alrededor de ciertas patologías, y nos ayudaría a rastrear la estabilidad o la transformación de categorías diagnósticas en diferentes contextos institucionales. Serviría

entonces como aportación al análisis de las lógicas epistemológicas que gobiernan la práctica médica cotidiana (lo que se nombra, lo que se diagnostica, lo que se trata).

3.3. Metodologías operacionales

Dictamen antropológico a favor del paciente

Teniendo en cuenta que este proyecto está enfocado en brindar atención integral a personas con problemas de salud mental y en situación de alta vulnerabilidad, consideramos totalmente pertinente y necesario incorporar dentro de nuestra metodología de intervención la posibilidad de realizar dictámenes antropológicos.

El hecho de emitir un documento técnico desde la antropología que exponga el contexto social, cultural, económico y simbólico del paciente, tiene el objetivo de sustentar de manera científica y humanista la necesidad de una intervención integral. También puede utilizarse para respaldar gestiones legales, institucionales o sociales en favor del paciente.

El dictamen se basaría en los siguientes principios. Por un lado, tendría un enfoque biográfico y etnográfico, es decir, se llevaría a cabo una investigación centrada en la historia de vida del paciente, escuchando su narrativa en profundidad y contextualizándola dentro de sus condiciones estructurales y culturales. Hablaríamos también de interseccionalidad, considerando los múltiples factores de vulnerabilidad (género, clase, raza, salud, migración, etc.) para entender así cómo se articulan en su exclusión o sufrimiento psíquico. Claramente tendría una dimensión enfocada en materia de derechos humanos y justicia social, anclando la evaluación desde esta perspectiva visibilizando así situaciones de discriminación estructural o falta de acceso a servicios. Por último, realizaríamos trabajo de campo y observación participativa centrada en el caso concreto que nos ocupe en cada momento, incluyendo visitas domiciliarias, entrevistas a familiares o redes de apoyo y observación directa de los entornos en los que se desenvuelve el paciente.

El dictámen constaría de cinco partes principales. En primer lugar, se presentarían los datos generales del paciente, incluyendo nombre (o iniciales en el caso de tener que proteger su identidad), edad, género, nacionalidad, lugar de origen y condición de salud y estado cínico actual. Se realizará a continuación una descripción del contexto sociocultural del paciente, es decir, historia de vida relevante (migración, violencia, exclusión, etc.), redes familiares y

comunitarias (existentes o deterioradas), condiciones habitacionales y económicas y, por último, contexto territorial (barrio, comunidad, relaciones sociales). En un tercer apartado, se añadiría un análisis de factores de vulnerabilidad, exponiendo situaciones de abandono, institucionalización o discriminación; la ausencia de atención médica o negligencia institucional; y el riesgo social o psicosocial actual.

En calidad de antropólogos, se redactaría una interpretación de los datos obtenidos atendiendo a como estos impactan en el sufrimiento o situación mental actual del paciente, además de establecer la conexión entre el padecimiento psíquico y la situación estructural. Para concluir, el dictamen contaría con una serie de conclusiones que justifiquen la necesidad de intervención urgente, recomendaciones para los diferentes actores institucionales (hospitales, juzgados, servicios sociales) y una suerte de propuestas de acompañamiento comunitario o alternativas al encierro.

El dictamen podría ser empleado para acompañar informes clínicos o sociales en procesos judiciales o trámites administrativos, para respaldar el acceso a derechos y servicios (salud, identidad, vivienda, etc.) o proporcionar una mirada holística que complemente la evaluación psiquiátrica y psicológica.

Sistematización del fenómeno y las relaciones

El análisis del fenómeno de alienación en los espacios psiquiátricos parte de la necesidad de comprender las experiencias de los y las pacientes dentro de un sistema que es complejo y donde confluyen dimensiones, ya sean personales, institucionales, profesionales o sociales. Para ello, proponemos una doble mirada que nos permita, por un lado, entender cómo se organizan y relacionan los distintos elementos que intervienen en el cuidado dentro de los espacios.

Desde el punto de vista de los usuarios y usuarias de los servicios de salud mental, se identifican una serie de vivencias que, en muchos casos, reflejan una sensación de distancia respecto a los procesos de decisión que afectan a su salud. Las entrevistas y los grupos focales pueden ayudar a que las personas se sientan escuchadas, comprendidas y partícipes de su proceso terapéutico. No se trata de cuestionar la validez de conocimiento médico, sino de poder enriquecer el abordaje del malestar psíquico reconociendo el valor de la experiencia

vivida. La escucha activa de estas voces nos permite identificar aspectos que a veces escapan a los protocolos estandarizados y que, sin embargo, resultan fundamentales para construir vínculos terapéuticos de confianza y lo más importante, corresponsabilidad.

Al observar la organización de los dispositivos de atención desde una perspectiva más estructural, se hace evidente que las dinámicas institucionales también juegan un papel clave en cómo se configuran las relaciones entre pacientes, profesionales y entorno. En muchos casos, estas dinámicas responden a exigencias estructurales, normativas o de recursos que exceden a las personas que trabajan en el sistema y que dificultan la implementación de enfoques más participativos. Desde esta perspectiva, no se trata de señalar responsabilidades individuales, sino de generar herramientas colectivas que ayuden a todos los actores implicados a identificar espacios de mejora. Reconocer estas tensiones estructurales puede crear oportunidades para fortalecer el trabajo en equipo, promover una mayor coordinación con el entorno comunitario, e incorporar progresivamente modelos que integren tanto el saber clínico como el saber experiencial de las personas usuarias.

Para avanzar hacia una comprensión más integral del fenómeno, proponemos un sistema de lectura que articule diferentes dimensiones de análisis:

- Dimensión relacional: Observar cómo se construyen los vínculos en los espacios de atención (escucha, confianza, participación)
- Dimensión institucional: Identificar qué marcos organizativos favorecen u obstaculizan una atención centrada en la persona.
- Dimensión epistemológica: Abrir el diálogo entre saberes clínicos y experiencias subjetivas, reconociendo la complementariedad entre ambos.
- Dimensión comunitaria: Considerar el papel del entorno familiar y social como parte del proceso de cuidado.

Si bien es cierto, nos parece importante recalcar que este enfoque no pretende sustituir modelos existentes, sino complementarlos con una mirada más amplia y sensible a las realidades cotidianas de los pacientes. Apostamos por construir, de manera conjunta con los equipos profesionales, propuestas que fortalezcan la calidad del cuidado y promuevan relaciones más horizontales, humanas y sostenibles dentro del sistema de salud mental.

4. Cronograma

Etapas del Proyecto	Duración Estimada	Tareas Principales	Observaciones
1. Planificación y arranque	11 días	Organización del equipo, cronograma preliminar, definición metodológica	Inicio de contactos con expertos del área
2. Investigación: introducción y necesidades	18 días	Revisión documental, análisis de marco legal, primeros diagnósticos	Se realizarán entrevistas exploratorias con expertos
3. Contexto histórico y teórico	1 mes y 2 días	Análisis de la historia crítica de la psiquiatría, enfoques antropológicos	Consulta a especialistas en historia y salud mental
4. Problematicación y mapeo de actores	1 mes y 1 día	Identificación de actores clave: pacientes, familias, profesionales, asociaciones	Revisión con expertos para validar categorizaciones
5. Plan de contingencia	18 días	Identificación de riesgos, diseño de protocolos de seguridad y cuidado ético	Participación de expertos en bioética y salud mental
6. Diseño ético y consentimiento	26 días	Redacción de protocolos éticos y formularios de consentimiento informado	Supervisión por especialistas en ética aplicada
7. Trabajo de campo	4 meses	Observación participante, entrevistas narrativas, grupos focales	Entrevistas complementarias a profesionales expertos
8. Análisis de datos	3 meses y 18 días	Sistematización cualitativa de datos, categorización de hallazgos	Validación interpretativa con expertos seleccionados

9. Diseño de intervención	2 meses y 13 días	Co-diseño de propuestas transformadoras con profesionales, usuarios y expertos	Reuniones técnicas con especialistas externos
10. Informe final e infografías	2 meses y 1 día	Redacción del informe, diseño de materiales visuales e infografías	Revisión final del contenido con asesores expertos
11. Difusión de resultados	1 mes y 8 días	Presentación pública de resultados, eventos en centros y asociaciones	Participación de expertos en sesiones de debate
12. Cierre y evaluación final	11 días	Evaluación participativa del proyecto, sistematización de aprendizajes	Revisión externa y devolución a expertos consultados

5.Propuestas de intervención

A partir del análisis realizado, se proponen una serie de líneas de intervención orientadas a mejorar la atención en salud mental, desde un enfoque comunitario, participativo y sobre todo centrado en las personas. Estas propuestas están dirigidas tanto a transformar las dinámicas institucionales como a fortalecer redes de apoyo y cuidado en el entorno social.

5.1 Formaciones al personal sanitario y técnico

Consideramos fundamental ofrecer espacios formativos continuos al personal que trabaja en dispositivos de salud mental, tanto en el ámbito clínico como psicosocial. Estas formaciones deberían abordar:

- Estrategias de acompañamiento centradas en la persona.
- Herramientas de escucha activa y abordaje no coercitivo del sufrimiento psíquico.
- Enfoques interdisciplinarios (antropología, trabajo social, educación social, psiquiatría comunitaria).
- Cuidados relacionales y trabajo emocional.

- Prevención del desgaste profesional y apoyo a la salud mental del propio personal.

Es importante tener en cuenta que estas formaciones deben diseñarse de forma participativa e incluir experiencias y saberes de personas usuarias y colectivos con trayectoria en modelos alternativos.

5.2 Estudio participativo de las necesidades de las personas internadas

También consideramos que es necesario realizar diagnósticos participativos que recojan las necesidades reales de las personas ingresadas en dispositivos psiquiátricos. Este proyecto puede desarrollarse mediante:

- Entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión con usuarios y usuarias.
- Técnicas creativas y no verbales que permitan expresar malestares y deseos sin depender únicamente del lenguaje clínico.
- Evaluaciones sobre el grado de satisfacción con el acompañamiento recibido, la participación en la toma de decisiones y el vínculo con profesionales.
- Identificación de necesidades materiales (salidas, acompañamiento externo, acceso a actividades, mejora de la alimentación o el sueño), psicosociales (relaciones, escucha, trato digno) y estructurales (tiempo de encierro, falta de información, aislamiento).

Esta parte del nuestro proyecto, debería derivar en un plan de acción con medidas concretas, revisables y consensuadas.

5.3 Reforma del entorno institucional y del espacio social

Asimismo, las condiciones materiales y simbólicas de los dispositivos influyen directamente en el bienestar de las personas, por lo que se propone:

- Rediseñar los espacios para que sean más habitables, acogedores y menos punitivos.
- Favorecer la movilidad dentro y fuera del centro, reduciendo el encierro o aislamiento.
- Reforzar el acceso a redes comunitarias, vecinales y familiares, facilitando la salida progresiva al entorno.

- Promover la inserción laboral mediante convenios con entidades sociales, cooperativas o espacios protegidos.

Estas reformas deben entenderse como pasos hacia la construcción de un modelo más abierto, centrado en la dignidad y la autonomía de las personas, y no únicamente como ajustes superficiales dentro del modelo actual.

5.4 Programas y proyectos de socialización

La construcción de lazos sociales y de pertenencia es fundamental en cualquier proceso de recuperación. Se proponen:

- Talleres culturales, artísticos o deportivos co-diseñados con los y las usuarias.
- Espacios mixtos donde se encuentren personas internas y externas al dispositivo (vecinas, estudiantes, colectivos, etc.).
- Acompañamientos comunitarios desde entidades sociales, redes de apoyo mutuo o grupos de iguales.

El objetivo es romper con el aislamiento institucional y permitir que el sujeto participe activamente en la vida colectiva.

5.5 Proyectos de concienciación y desestigmatización

Es importante generar campañas y actividades que contribuyan a desmontar el estigma que pesa sobre las personas diagnosticadas con trastornos mentales:

- Charlas, encuentros y actividades públicas organizadas por las propias personas usuarias o ex usuarias.
- Acciones en centros educativos y espacios comunitarios que aborden la salud mental desde una perspectiva social.
- Trabajo conjunto con medios de comunicación para evitar narrativas criminalizadoras o infantilizantes.

5.6 Incorporación de figuras puente y mediadoras

Se propone incorporar al equipo profesional figuras como:

- Agentes de salud mental comunitaria.
- Educadores sociales o antropólogos/as en función de acompañamiento y observación participante.
- Mediadores/as que puedan facilitar la comunicación entre profesionales y usuarios/as.

Estas figuras pueden actuar como enlace entre el sistema institucional y el entorno social o comunitario.

6. Consideraciones

6.a. Ética

En cuanto a la dimensión ética en proyectos como el presente en contextos de salud mental no es un apartado complementario o accesorio, sino que puede considerarse como un eje transversal que tiene como función informar todas las fases de la investigación y la intervención: desde la formulación de objetivos hasta la implementación de propuestas y la difusión de los resultados.

En el ámbito específico de las intervenciones en entornos psiquiátricos, la responsabilidad ética se podría decir que se agudiza por varias razones: la situación de vulnerabilidad de las personas implicadas, la histórica relación de violencia institucional hacia usuarios/as de salud mental, y el riesgo permanente de reproducir dinámicas de exclusión, silenciamiento o estigmatización bajo discursos de “ayuda”.

Por tanto, se debe asumir una ética de la implicación, que no se limite a cumplir con protocolos formales, sino que verdaderamente aspire a poder transformar las condiciones estructurales que generan daño y a construir relaciones basadas en el respeto, la corresponsabilidad y el reconocimiento mutuo.

Por tanto, se debe asumir una ética de la implicación, que no se limite a cumplir con protocolos formales, sino que aspire a transformar las condiciones estructurales que generan

daño y a construir relaciones basadas en el respeto, la corresponsabilidad y el reconocimiento mutuo (Scheper-Hughes, 1995).²

Protección de datos y confidencialidad

Uno de los pilares más relevantes será el de garantizar el anonimato y la protección de la información que se recabe a lo largo de todo el proceso. En la investigación social en salud mental, los datos personales no solo van a representar un valor identificativo, sino que también ofrecen significados sensibles relacionados con la historia clínica, las trayectorias de vida, experiencias de sufrimiento, estigma, violencia o exclusión.

Todo el material que se recoja (entrevistas, observaciones, registros de talleres) será protegido siguiendo la normativa vigente en protección de datos personales (Reglamento General de Protección de Datos, UE 2016/679) y los principios éticos de las ciencias sociales (AAA, 2012).

La anonimización de la información ha de ser completamente rigurosa: se eliminarán o codificarán todos los datos que puedan permitir una identificación directa o indirecta de las personas. Además, los registros de audio, video o fotografía se almacenarán en

La anonimización de la información será rigurosa: se eliminarán o codificarán todos los datos que puedan permitir una identificación directa o indirecta de las personas. Además, los vídeos, fotos o audios que se recojan, se almacenarán en dispositivos seguros en los cuales solo tendrán acceso las personas del equipo que estén autorizadas.

El consentimiento informado dejará claro qué uso se hará de los datos y recordará a las personas que participen que pueden dejar de hacerlo en cualquier momento que lo deseen, sin tener que dar explicaciones si así lo prefieren.

Consentimiento informado: un proceso continuo

El consentimiento informado no se pretende que sea un mero formulario a firmar al inicio del proyecto, sino como un proceso continuo y en constante diálogo. En entornos de salud mental, donde las condiciones de las personas pueden fluctuar, y donde existe una larga historia de decisiones tomadas “en su nombre” sin su participación real, es de gran

² Esta interpretación se basa en las propuestas éticas desarrolladas por Nancy Scheper-Hughes en su artículo "The Primacy of the Ethical: Propositions for a Militant Anthropology" (*Current Anthropology*, 36(3), 409–440)

importancia construir un consentimiento que sea verdaderamente libre, informado y actualizado en el tiempo. (Fisher, 2004)

Esto implica explicar de manera accesible los objetivos del proyecto, los riesgos potenciales y los beneficios esperados. Además de asegurar que las personas comprenden que su participación es voluntaria y que pueden retirarse en cualquier momento.

Por otro lado, reconocer y respetar los momentos en que la persona, por su situación emocional o cognitiva, no esté en condiciones de decidir, evitando cualquier forma de coacción, presión o manipulación. Y por último, incorporar mecanismos de “consentimiento reiterativo”, donde se pregunte periódicamente si desean continuar participando en el proyecto.

Manejo de situaciones de riesgo y vulnerabilidad

Los entornos psiquiátricos son espacios donde pueden emerger situaciones de alta vulnerabilidad: crisis emocionales, autoagresiones, conflictos interpersonales, denuncias de violencia institucional, etc. Así pues, la intervención antropológica debe estar preparada para responder de forma ética y responsable.

En caso de detectar situaciones que pongan en peligro la integridad física o psíquica de una persona, se actuará bajo el principio de no maleficencia (Beauchamp & Childress, 2019)³, priorizando la protección inmediata de las personas afectadas, aunque ello implique romper la confidencialidad, siempre respetando los protocolos legales y deontológicos pertinentes.

El equipo de investigación debe recibir información previa específica sobre intervención en situaciones de crisis, y se establecerán protocolos internos claros para la derivación a servicios especializados si fuese necesario.

³ Traducción propia del original: In the event of detecting situations that endanger the physical or psychological integrity of a person, action will be taken based on the principle of non-maleficence, prioritizing the immediate protection of the affected individuals, even if this involves breaking confidentiality, while always respecting relevant legal and deontological protocols.

Reconocimiento de la dignidad y la agencia de los/as participantes

Un principio fundamental será aquel que reconozca en todo momento la dignidad y agencia de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Lejos de tratarlas como “objetos de estudio” o “poblaciones vulnerables” a proteger pasivamente, se las debe ver como sujetos políticos y epistémicos, capaces de producir conocimiento sobre su propia experiencia.

Esto implica diseñar espacios de participación real donde las personas puedan co-definir los temas relevantes de la investigación, participar en la interpretación de los resultados, decidir sobre el uso y la difusión de los materiales generados y construir estrategias de intervención de manera conjunta.

Por lo tanto, este enfoque lo podemos enmarcar dentro de las metodologías participativas y emancipadoras en salud mental, que no solo buscan investigar sobre las personas, sino con ellas y promoviendo procesos de empoderamiento colectivo.

Reflexividad ética constante

Consideramos que la intervención en salud mental exige un ejercicio constante de reflexividad ética, es decir, una vigilancia crítica sobre nuestras propias posiciones, privilegios, afectos, interpretaciones y efectos.

La antropología contemporánea reconoce que no existe una neutralidad completa y absoluta en el trabajo de campo, y que toda intervención implica posiciones políticas. Por ello, se pretende mantener los espacios internos de supervisión ética, donde el equipo puede realizar una revisión periódica de las tensiones o dilemas y decisiones tomadas en un diálogo horizontal y crítico.

6.b. Plan de contingencia

Dado el contexto específico de este proyecto, centrado en entornos de salud mental institucionalizados, es necesario prever una serie de riesgos que podrían afectar tanto al desarrollo de la investigación como al bienestar de las personas que participan. Por ello, proponemos un plan de contingencia que permita anticipar, garantizando la continuidad del trabajo sin comprometer los principios fundamentales del mismo.

1. Dificultades en el acceso a los centros psiquiátricos

Es posible que algunos centros o instituciones puedan mostrar reticencias a participar en el proyecto, ya sea por desconfianza, temor a la exposición o recelo frente a metodologías críticas. Para afrontar esta posible barrera, estableceremos una estrategia basada en la transparencia, el diálogo institucional y la construcción de confianza. Se presentará el proyecto detalladamente a las direcciones de los centros, aclarando sus objetivos, el enfoque ético, las garantías de confidencialidad y la utilidad práctica de los resultados. Asimismo, se ofrecerán acuerdos de colaboración formales y flexibilidad en la adaptación del trabajo de campo a los tiempos y ritmos de cada institución.

2. Resistencia por parte del personal profesional

Al tratarse de un proyecto que cuestiona dinámicas jerárquicas o de medicalización, puede haber ciertas resistencias, malentendidos o tensiones con parte del personal sanitario. Ante esto, buscaremos generar espacios de escucha y diálogo previos al trabajo de campo, en los que se puede explicar el enfoque del proyecto y remarcar que no se trata de una evaluación individual del desempeño, sino de un análisis institucional desde una perspectiva antropológica. Se promoverá la participación activa del personal en las fases de diagnóstico y propuestas, integrándose como actores clave del cambio.

3. Desregulación emocional o malestar en pacientes participantes

La participación en entrevistas o grupos focales o de discusión, puede reactivar vivencias difíciles o dolorosas. Como lo tenemos en cuenta, trataremos de implementar medidas de cuidado emocional durante todo el proceso. Los espacios de diálogo serán facilitados por el personal formado en contención y escucha activa, respetaremos en todo momento el ritmo y los límites de los/las participantes, y ofreceremos la posibilidad de interrumpir la actividad si se considera necesario.

Por otro lado, se establecerá un protocolo de derivación a servicios de apoyo psicosocial en caso de detectar situaciones de crisis o necesidad de intervención especializada.

4. Inconsistencias en la recogida de datos o dificultades metodológicas

La naturaleza cualitativa y abierta de las metodologías nos hace pensar que puede generar situaciones de dispersión, silencio o resistencia a hablar. Para ello, se formará adecuadamente al equipo de investigación en técnicas de entrevista, observación y facilitación grupal, garantizando una actitud empática y flexible. Asimismo, se diseñarán guías temáticas adaptables que orienten las conversaciones sin imponerlas, y se hará un seguimiento constante de la calidad del material recogido para realizar los ajustes metodológicos que fueran necesarios.

5. Problemas relacionados con la protección de datos y la confidencialidad

Dada la sensibilidad de la información recabada, especialmente en contextos de salud mental, trataremos de aplicar un protocolo estricto de protección de datos. Todo el equipo va a contar con formación previa en el Reglamento General de Protección de Datos (UE 2016/679) y en principios éticos de la investigación social. Se asegurará también el almacenamiento seguro de la información, la anonimización rigurosa de los datos y la firma de acuerdos de confidencialidad por parte de todos los miembros del equipo. En caso de cualquier incidente de seguridad, activaremos un protocolo inmediato de revisión y notificación, priorizando la transparencia y la reparación.

6. Riesgos contextuales o estructurales (recortes, cambios políticos, reformas internas)

Cambios institucionales inesperados o crisis externas (como recortes presupuestarios, reformas de gestión o crisis sanitarias) podrían interferir en el desarrollo del proyecto. Para reducir este riesgo, se desarrollarán alianzas con diferentes actores (asociaciones de usuarios, familiares, profesionales críticos, redes comunitarias), que puedan sostener el proyecto más allá de la estructura formal de un único centro. Además, se mantendrá un diseño flexible y escalable, que permita adaptar el trabajo a nuevos escenarios sin llegar a comprometer sus objetivos centrales.

7. Desacuerdos internos dentro del equipo de investigación

Los proyectos sensibles pueden generar tensiones dentro del propio equipo investigador, especialmente en lo referente a las decisiones metodológicas, éticas o

políticas. Para poder prevenir esto, trataremos de establecer mecanismos de supervisión y coordinación horizontal, como reuniones periódicas de reflexión colectiva, protocolos de resolución de conflictos y espacios seguros para expresar ciertos malestares. La toma de decisiones será siempre participativa, fomentando una lógica de corresponsabilidad y cuidado mutuo.

Bibliografía

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Cooper, D. (1979). *El lenguaje de la locura* (A. Ramón García, Trans.). Editorial Ariel. (Original work published 1978)
- Fisher, C. B. (2004). *Descifrando el código ético: Una guía práctica para psicólogos*. SAGE Publications.
- Galván, V. (2009). La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la *Historia de la locura* en los psiquiatras progresistas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104), 485–500.
- Gutiérrez Avendaño, J., & Marín Monsalve, Y. A. (2012). Poder psiquiátrico, formas clínicas y clasificación de la locura como enfermedad social, en el caso del Manicomio Departamental de Antioquia 1920-1959. *Katharsis*, (14), 197–224.
- Lascorz Fierro, D., Serrats Alabau, E., Ruiz, B., Córdoba, M. J., & Vegué Grilló, J. (2014). Las residencias para personas con Trastorno Mental Grave como un recurso terapéutico-rehabilitador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123), 521–538.
- López, M., Laviana, M., García-Cubillana, P., Fernández, L., Moreno, B., & Maestro, J. C. (2005). Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): Descripción general del programa y del estudio. *Rehabilitación Psicosocial*, 2(1), 2–15.
- Márquez Romero, M. I. (2010). De las narrativas de la locura: ¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí? Aproximación a las narrativas de enfermedad en una unidad de salud mental. *Perifèria: Revista de Recerca i Formació en Antropologia*, (12), 1–25.
- Martínez-Hernández, A. (2000). Anatomía de una ilusión: El DSM-IV y la biologización de la cultura. En J. R. Llopis (Ed.), *Medicina y cultura* (pp. 249–275). Bellaterra.
- Scheper-Hughes, N. (1995). The primacy of the ethical: Propositions for a militant anthropology. *Current Anthropology*, 36(3), 409–440. <https://doi.org/10.1086/204378>

Tapia, C., Grandón, P., & Bustos, C. (2014). Relación entre el funcionamiento de un hogar/residencia protegida para personas con trastorno mental severo, el apoyo social del cuidador y las habilidades de la vida diaria de los residentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52(1), 20–28.

Taussig, M. (1995). La reificación y la conciencia del paciente. En *Un gigante en convulsiones* (pp. 110–143). Gedisa.